

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1904

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 Mai 1904

Par M. J. COLLET

Né à Plœuc (Côtes-du-Nord), le 30 octobre 1879



DE

L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ RAPIDE

et de l'Expulsion imprévue du Fœtus

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL ET MÉDICO-LÉGAL

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges { M. GAUCHER, Professeur.
M. TEISSIER, Professeur agrégé.
M. POTOCKI, Professeur agrégé.

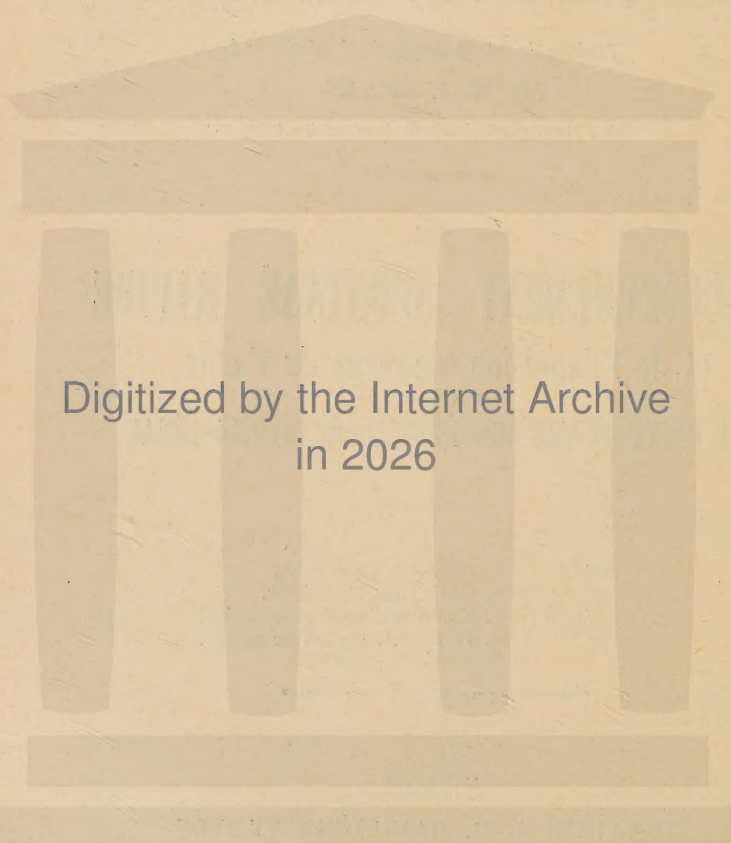


PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

—
1904



Digitized by the Internet Archive
in 2026

MEIS ET AMICIS

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur

A NOS MAITRES

Nous sommes heureux de dédier ce travail aux Maîtres bienveillants qui guidèrent nos premiers pas dans les études médicales, et mirent tout leur savoir et tout leur dévouement à nous en aplanir les difficultés. De l'Ecole de Rennes nous resterons toujours l'élève reconnaissant.

Pendant nos années d'internat, nous avons contracté une dette particulière de gratitude envers nos Chefs de service : en retour de notre modeste collaboration, ils nous firent profiter dans leurs leçons journalières de connaissances acquises par une vie de travail et une longue expérience. Il est juste que nous leur rendions ici un spécial hommage.

Nous avons été successivement externe et interne de M. le professeur LE MONIET. Il employa tous ses soins à nous faire connaître et aimer la chirurgie : des deux années passées dans son service nous garderons un ineffaçable souvenir.

L'année d'internat que nous avons passée dans le service de M. le professeur BERTHEUX comptera parmi les meilleures de notre vie d'étudiant. Nous n'ou-

blierons ni ses leçons cliniques si documentées, ni ses longues et profitables causeries au lit du malade, ni surtout l'exquise bonté avec laquelle il nous prodigua ses conseils. Devenu son chef de clinique, nous sommes heureux aujourd'hui de perfectionner nos connaissances médicales sous sa savante direction.

Nous avons eu l'honneur si apprécié d'être l'interne de M. le professeur PERRET, qui nous initia à l'art obstétrical. Nous lui sommes reconnaissant d'avoir cherché à développer en nous cette méthode avec laquelle il résout les plus difficiles problèmes et cet esprit de réflexion patiente qu'il apporte en toutes ses décisions.

MM. les professeurs DAYOT, VÉRON, LE DAMANY et BODIN n'ont pas cessé, pendant le cours de nos études, de nous donner des preuves de leur intérêt. L'éminent directeur de l'Ecole de Médecine, M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE, nous témoigna toujours la plus grande bienveillance. Il nous a communiqué obligeamment plusieurs observations et voulut bien guider notre inexpérience dans la rédaction de la partie médico-légale de ce travail : nous l'en remercions vivement.

M. le professeur PINARD nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse : qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Rennes, 8 avril 1904.

DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ RAPIDE

ET DE L'EXPULSION IMPRÉVUE DU FŒTUS AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL ET MÉDICO-LÉGAL

INTRODUCTION

La première difficulté que nous éprouvons en abordant l'étude des accouchements spontanés rapides est d'en donner une exacte définition. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, tant en France qu'à l'étranger, ont négligé ce détail, pensant sans doute que le terme était suffisamment expressif. Quelques-uns l'opposent, avec juste raison, semble-t-il, à l'accouchement lent et laborieux : « L'accouchement, qu'il soit naturel ou artificiel, est *lent*, *laborieux*, lorsqu'il dépasse la durée habituelle, malgré des contractions intenses et répétées; il est *rapide* dans le cas contraire (1). » HOFMANN (2) distingue

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, Précis d'obstétrique. 5^e édit., 1900, p. 317.

(2) HOFMANN, Nouveaux éléments de médecine légale. Trad. Lévy. 1881, p. 578.

deux variétés d'accouchements rapides : « l'une où le travail complet de l'accouchement s'accomplit très rapidement, l'autre où l'expulsion seule de l'enfant a lieu soudain et d'une façon inattendue. »

Les médecins légistes emploient de préférence le terme d'*accouchement précipité*, mais ils sont loin d'être d'accord sur sa valeur. Ils désignent ainsi tantôt les accouchements où l'expulsion se fait brusquement, dans n'importe quelle position de la femme, tantôt ceux où la femme, surprise par les douleurs, n'a pas le temps de se coucher, de telle façon que l'enfant tombe des parties génitales pendant qu'elle est debout, assise, accroupie ou agenouillée. Cette dernière conception est celle d'HOFMANN et de VIBERT (1).

En Allemagne, la question de lieu a servi à créer une autre dénomination : ces accouchements ayant souvent lieu sur la voie publique, le terme de *naissance de rue* est devenu synonyme d'accouchement rapide.

Enfin, dans une thèse récente, le Dr KIPROFF (2), reprenant une expression de DEPAUL, appelle *accouchements par surprise* ceux qui surprennent la

(1) VIBERT, Précis de médecine légale. 6^e édit., 1903, p. 499.

(2) KIPROFF, Thèse de Paris, 1903-04, p. 8.

femme et parfois les assistants par leur dénouement imprévu.

En présence de cette confusion et de cette synonymie fâcheuses, nous avons conservé le terme d'*accouchement spontané rapide*, comme étant le plus simple et le plus compréhensif, celui qui s'applique le mieux aux cas si variés que nous nous proposons d'étudier. Faisant nôtre la définition de HOFMANN, nous décrirons sous ce titre les accouchements rapides dans leur totalité, et ceux où les premières périodes du travail, plus ou moins pénibles, sont suivies d'une expulsion soudaine. A vrai dire, les premiers ne sont souvent rapides qu'en apparence : sous l'influence de causes particulières, les symptômes ordinaires du travail sont mal interprétés ou réduits à un tel minimum que la femme n'est pas avertie de sa délivrance prochaine. Mais, en dehors de leur étiologie, ils ne diffèrent pas des seconds sous le rapport des circonstances qui les accompagnent, des accidents auxquels ils exposent la mère et son enfant. Nous croyons qu'il n'y a pas intérêt à les séparer.

Ces accouchements ne sont pas rares, surtout ceux de la seconde catégorie. Nombre de cas en sont relatés dans les traités et revues d'obstétrique et de médecine légale, et plusieurs travaux d'ensemble leur ont été consacrés. Pour ne citer que les plus

récents, KLEIN en a rapporté 183 observations, et ses résultats sont rappelés par MARC, TARDIEU, BRIAND et CHAUDÉ, TOURDES, VIBERT. WINCKEL (1) à Dresde en a recueilli 212 cas sur 12470 accouchements : il constate dans son mémoire que cette proportion de 1 à 2 pour 100 se retrouve dans les statistiques de HUGENBERGER (73 cas) et de KRASSOWSK (20) à Pétersbourg, de HENNING (114) à Fulda, de REINHARD (23) et de MATTHÆI (40) à Marbourg. KOCH (2) de Stuttgart relate 37 accouchements précipités, formant une proportion de 1 pour 100. HELLHAKE (3), observant à Wurzbourg, pendant une période de neuf années, donne 1,55 pour 100; KIPROFF, sur 4728 accouchements observés à la Maternité de Lariboisière, a relevé 66 cas relatés dans sa thèse, soit 0,88 pour 100. Les restrictions apportées par ces auteurs à leurs définitions des accouchements précipités ou par surprise permettent de penser que leurs évaluations sont probablement inférieures à la réalité. Le petit nombre d'observations que nous possédons ne nous autorise pas à émettre un rapport qui ne serait que très approximatif.

Il peut paraître téméraire qu'avec des documents fort restreints nous entreprenions l'étude épineuse

(1) WINCKEL, Ueber die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Etiologie des Puerperalfiebers. München, 1884.

(2) KOCH, *Archiv. für Gynækol.*, 1886, t. XXIX.

(3) HELLHAKE, *Präcipit. Geburt*. Thèse de Wurzbourg, 1898.

des accouchements rapides, et cette témérité nous paraîtrait à nous-même insensée si nous avions la prétention de faire la lumière sur les multiples questions que cette étude comporte. Notre but, plus modeste, est de comparer nos cas à d'autres analogues, de rechercher et de réunir à leur occasion les travaux parus sur le sujet, d'exposer, sans toujours vouloir les résoudre, les points sur lesquels l'accord n'est pas fait.

Nous diviserons ce travail en deux parties. Après avoir étudié dans la première les caractères des accouchements rapides au point de vue obstétrical, nous chercherons à en faire une application pratique aux problèmes médico-légaux qu'ils soulèvent journellement. C'est surtout dans cette seconde partie que nous nous garderons des formules trop rigoureuses. En médecine légale, en effet, on ne saurait donner des conclusions qui s'appliquent à tous les cas, et les lois générales s'effacent devant le fait particulier. « Plus une science se perfectionne, dit MARC (1), et plus ses applications sont positives. Cette vérité, incontestable lorsqu'on la considère sous un point de vue général, est cependant loin de pouvoir être appliquée à la médecine légale. En effet, le médecin n'y

(1) MARC, Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des sciences médicales. Art. Infanticide.

puise plus aujourd'hui autant de certitudes qu'autrefois ; mais avec cette différence que ces prétendues certitudes n'étaient très souvent que des erreurs funestes, qu'une appréciation plus rigoureuse des phénomènes de la vie et de la mort a converties en autant de doutes qui du moins n'exposent plus la société à gémir sur des assassinats juridiques. La médecine des prétoires, a-t-on dit, assure l'impunité des infanticides. Elle mesure, devrait-on dire, les bornes de l'intelligence humaine, sépare le certain de l'incertain, et, si quelquefois, le crime parvient à se cacher sous son égide, plus souvent encore l'innocence y trouve un abri. »

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE OBSTÉTRICALE

CHAPITRE PREMIER

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Nombreuses sont les causes invoquées pour expliquer la rapidité de l'accouchement spontané, et, dans plusieurs cas, il n'est pas une coïncidence qui n'ait été mise en avant, à défaut d'étiologie plus certaine: Plusieurs de ces causes se trouvent généralement réunies chez la même personne; il est très difficile de reconnaître l'influence de chacune d'elles, et l'expulsion rapide paraît ainsi la résultante d'un certain nombre de conditions de valeur bien inégale. Réservant pour un second chapitre l'étude des causes déterminantes ou essentielles, nous passerons en revue dans celui-ci les causes secondaires ou prédisposantes dont l'influence est souvent très mal établie. Ces causes tiennent soit à la mère, soit au fœtus et à ses annexes, soit enfin à des conditions extérieures.

§ 1. — CAUSES MATERNELLES

1. *Nombre de grossesses.* — Au premier abord la multiparité semble un facteur de grande importance. Il est habituel en effet que les multipares accouchent plus facilement que les primipares. Leur filière pelvi-génitale, dilatée par les accouchements antérieurs, n'offre plus la même résistance, et les statistiques nous apprennent que les périodes de dilatation et d'expulsion sont chez elles diminuées de longueur. HOFMANN (1) considère cependant que l'accouchement rapide s'observe surtout chez les primipares, et l'explique « par ce fait qu'elles peuvent ignorer plus facilement les signes d'une délivrance prochaine ». Sur les 183 accouchées de KLEIN, il n'y avait que 21 primipares. Les statistiques de MOSER, GOLTZ (2), HELLHAKE, KIPROFF donnent une proportion bien plus élevée : 30 à 44, 7 p. 100. Les deux premiers, d'accord sur ce point avec REINHARD (3), WINCKEL et KOCH, ont observé une prédominance remarquable de secondipares : 35 à 47, 8 p. 100. « Si les secondipares l'emportent sur toutes, dit LAMARE, cela doit venir de ce que l'utérus, n'ayant pas été trop souvent distendu, a conservé encore une

(1) HOFMANN, *op. cit.*, p. 578.

(2) MOSER et GOLTZ, *in* KIPROFF, *op. cit.*, p. 51.

(3) REINHARD, *in* LAMARE, Thèse de Paris, 1887-88, n° 259, p. 88.

grande contractilité, et qu'aussi les femmes, jeunes pour la plupart, sont encore capables de poussées vigoureuses. »

Toutes choses égales d'ailleurs, les accouchements ultérieurs ont une durée proportionnelle à celle du premier : une primipare qui a accouché rapidement conserve généralement ce privilège. TARNIER (1) en rapporte plusieurs cas, entre autres celui d'une Canadienne qui était accouchée deux fois et avait fait deux fausses couches, sans que le travail fût douloureux. Elle racontait volontiers qu'elle avait l'habitude de *semer* ses enfants sans s'en apercevoir. Toutes les multipares qui font le sujet de nos observations personnelles avaient eu des accouchements antérieurs rapides.

2. *Age*. — Le jeune âge et aussi l'âge avancé pour les primipares ayant été donnés comme causes d'accouchements particulièrement laborieux, il était permis de penser que ces conditions fussent défavorables aux accouchements rapides. Il n'en est rien. DE LA MOTTE (2) en a observé des cas tant chez des primipares jeunes que chez des primipares âgées. Les femmes qui font le sujet de ses observations xciv et xcv étaient âgées de 13 ans et de 14 ans, « étant encore, dit l'auteur, des enfants à jouer

(1) TARNIER et CHANTREUIL, Traité de l'art des accouchements, t. I, p. 590.

(2) DE LA MOTTE, Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. 1721, pp. 188 et suiv.

avec des poupées et à s'occuper à d'autres badinages aussi puérils ». La première fut accouchée et délivrée en moins d'une heure, la seconde en moins de deux heures. CHARPENTIER (1) a observé dix accouchements prompts chez de jeunes primipares, dont l'une n'avait que treize ans et quelques mois.

OBSERVATION I. — Une autre, âgée de 17 ans, est accouchée pour ainsi dire sans souffrir. Appelée près d'elle à minuit et demi, je trouvai la dilatation complète, et comme je lui faisais reproche d'avoir attendu si longtemps avant de me prévenir, elle me répondit : « Mais je n'ai pas perdu de temps ; je me suis couchée à neuf heures sans souffrir aucunement et je ne me suis réveillée qu'à minuit. Je n'ai donc pas pu vous prévenir plus tôt. L'accouchement était terminé à deux heures. J'ai eu l'occasion, deux ans et demi après, de l'assister dans un autre accouchement ; celui-ci fut un peu plus long, mais à peine plus douloureux.

D'autre part, DE LA MOTTE fut appelé auprès de deux femmes âgées l'une de 48 ans, l'autre de 51 ans, « n'ayant jamais voulu entendre au mariage avant ce temps-là, dans la seule crainte d'avoir des enfants, et dans l'espérance de goûter les plaisirs du mariage sans en ressentir les peines ». Cet espoir fut déçu. Devenues grosses, elles accouchèrent toutes les deux en fort peu de temps, et pour la seconde DE LA MOTTE arriva trop tard : « Je la trouvai accouchée, quelque diligence que j'eusse faite, son tra-

(1) CHARPENTIER, Traité pratique des accouchements, t. I, p. 427.

vail n'ayant pas duré deux heures entières. » Certaines des primipares de HELLHAKE étaient âgées de 37, 38 et 42 ans.

3. *Hérédité*. — L'influence de l'hérédité sur la durée du travail est manifeste. « Cette particularité, dit CAZEAUX (1) en parlant de l'accouchement rapide, semble être héréditaire dans certaines familles, où elle se perpétue pendant trois ou quatre générations. » AUVARD (2) admet que ce privilège peut être transmis, en dehors évidemment de toute cause de dystocie, soit par la mère, soit par la grand'mère paternelle de l'accouchée, suivant la ressemblance physique de celle-ci avec sa mère ou son père. CHARPENTIER et TARNIER, en présence des nombreuses causes secondes qui peuvent retarder ou précipiter l'accouchement, n'admettent cette influence qu'avec beaucoup de réserve. Elle paraît bien établie dans les observations suivantes :

OBSERVATION II. WEILL (3). *Résumée* — Une secondipare de 23 ans se réveille brusquement, au milieu de la nuit, avec une forte envie d'uriner. Au lieu d'uriner, elle expulse brusquement et sans douleur un enfant de cinq kilos, en même temps que les annexes. Cette femme était née dans les mêmes conditions.

(1) CAZEAUX, *Traité théor. et prat. de l'Art des accouchements*. 10^e édit., 1883, revue et annotée par TARNIER, p. 625.

(2) AUVARD, *Travaux d'obstétrique*, tome I, 1889, p. 437.

(3) WEILL, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1881, p. 403.

OBSERVATION III. DUMAS (1). *Résumée.* — Quartipare, ayant toujours accouché avec une grande rapidité. Pour son premier accouchement elle ne reste même pas une heure en travail. A son deuxième, qui eut lieu la nuit, elle n'eut même pas le temps d'appeler sa sœur qui couchait auprès d'elle; en deux douleurs tout était fini. A son troisième, son mari veillait et ne la quittait pas. En effet, elle voit quelques gouttes de sang et ressent une légère douleur, appelle son mari, et à peine celui-ci a-t-il le temps de l'étendre sur un canapé qu'une troisième douleur amène l'enfant hors de la vulve. Cette dame a affirmé à l'auteur que sa mère et ses sœurs, pourtant moins fortes qu'elle, accouchaient aussi promptement.

4. *Races. Degré de civilisation ou de bien-être.*

— Nombre d'auteurs ont pensé que la durée de l'accouchement variait avec les races et les climats. DEPAUL (2) croyait que les Flamandes, les Alsaciennes et les Allemandes accouchaient plus lentement que les Françaises; BURNS (3), que les Groenlandaises, les Persanes, les Africaines avaient à cet égard une supériorité notoire sur les Européennes; VELPEAU (4) paraît admettre que le travail est plus court en Italie, en Espagne et en Portugal qu'en France, en Russie et en Allemagne.

CHAILLY, POUCHET et COLIEZ (5) ont avancé que la parturition difficile était un phénomène acquis par la

(1) DUMAS, *Gazette hebd. des sciences méd. de Montpellier*, 1855, p. 205.

(2) DEPAUL, *Leçons de clinique obstétricale*, 1872, p. 411.

(3) BURNS, *Traité des accouchements*. Trad. Galliot, 1866, p. 243.

(4) VELPEAU, *Traité complet de l'Art des accouchements*, t. 1, 2^e édit., p. 449.

(5) COLIEZ, *Thèse de Paris*, 1898-99, n^o 420, p. 65.

civilisation. Faibles chez les femmes de race noire, les douleurs présenteraient leur summum d'intensité chez les blanches, et parmi celles-ci, les paysannes accoucheraient plus facilement que les femmes de la ville: « Ce fait, dit COLIEZ, s'observe également chez les animaux; les femelles à l'état sauvage accouchent sans douleur; apprivoisées, elles perdent cette faculté. » Si cette dernière affirmation est difficile à vérifier, la précédente est fort discutable. « Tu enfanteras dans la douleur », telle est la malédiction que l'auteur de la Genèse a mise dans la bouche de Jéhovah, la loi générale qui semble s'appliquer à tous les temps et à tous les peuples.

Aux observations d'ailleurs intéressantes de SHORT (1), de FAULKNER (2) et de quelques autres voyageurs, n'avons-nous pas à opposer de multiples faits d'accouchements rapides observés chez la femme blanche et dans toutes les classes de la société?

L'histoire nous rappelle que de célèbres personnages sont venus au monde précipitamment, et que de futurs potentats sont nés avec un sans-gêne regrettable pour le cérémonial des cours. C'est ainsi que, d'après Plutarque, Cicéron ne fit souffrir à sa mère aucune douleur. Suivant une tradition flamande fort répandue, Jeanne la Folle, arrivée à la fin de sa

(1) SHORT, *Obstet. Transact.*, 1863, IV, p. 210.

(2) ENGELMANN, *la Pratique des accouchements chez les peuples primitifs*. Trad. RODET, 1886.

grossesse, assistait à une grande fête de la cour à Gand. Elle s'absenta un instant sous prétexte de quelque besoin ; ses dames, la voyant tarder à revenir, la cherchèrent et la trouvèrent seule, en plein travail d'enfant, dans un lieu peu digne de l'illustre Charles-Quint. Jeanne d'Albret, prise de douleurs vers minuit, entonne un motet en langue béarnaise ; le roi de Navarre, son père, continue les paroles du cantique et ne les avait pas achevées qu'Henri IV était né. Le 15 août 1769, une bourgeoise d'Ajaccio voulut aller à la messe à cause de la solennité du jour. Elle ressentit les premières douleurs à l'église, sortit précipitamment, et à peine arrivée chez elle, accoucha sur un tapis sans avoir le temps de gagner sa chambre. L'enfant s'appela Napoléon Bonaparte. Dans des temps encore plus rapprochés de nous, la duchesse de Berry nous a laissé plusieurs exemples d'accouchements rapides. Son accoucheur, DENEUX, dut plusieurs fois s'opposer à l'expulsion pour donner aux témoins le temps d'accourir. Lors de la naissance du duc de Bordeaux, DENEUX lui-même arriva trop tard. « Je me réveille, raconte plus tard la princesse, pressée par je ne sais quel besoin, je me lève aussitôt, et dans le même instant j'éprouve une violente douleur qui me permet à peine de remonter sur mon lit, et j'accouche en criant comme une brûlée » (Journal du D^r MÉNIÈRE) (1).

(1) WITKOWSKY, les Accouchements à la Cour, p. 350.

5. *Constitution anatomique.* — La conformation du bassin paraît un facteur de grande valeur dans l'étiologie des accouchements spontanés rapides. A première réflexion, les bassins rétrécis n'ont pas à les favoriser, mais si l'on veut bien admettre que la soudaineté de l'expulsion suffit à les faire rentrer dans notre cadre, on pourra conclure avec NÆGELE et GRENSER (1) que « l'étroitesse notoire du bassin n'exclut pas l'accouchement précipité ».

Le bassin vicié par excès d'amplitude, étudié par DEVENTER (2), PUZOS (3), LEVRET (4), DEPAUL (5), est considéré par eux comme une importante prédisposition à l'accouchement rapide et à ses accidents. CAZEAUX et CHARPENTIER partagent cet avis. Nous remarquerons que le bassin vicié par excès d'amplitude se rencontre généralement chez des femmes de haute stature. Les enfants de ces femmes sont plus gros que la moyenne, et la disproportion invoquée pour expliquer une brusque expulsion disparaît de ce fait. Les observations qui signalent cette cause sont d'ailleurs des plus rares.

NÆGELE et GRENSER incriminent le développement

(1) NÆGELE et GRENSER, *Traité des accouchements*. 1880.

(2) DEVENTER, *Observ. importantes sur le manuel des accouch.* Trad. d'ABLAINCOURT, 1734, p. 136.

(3) PUZOS, *Traité des accouchements*, 1759, p. 3.

(4) LEVRET, *L'Art des accouchements*. 3^e édit. 1766, p. 19.

(5) DEPAUL, *Dict. encyclop. des sciences médicales*. 1868, art. Bassin.

excessif des fibres musculaires de la matrice, et TARNIER (1) rapproche ce fait du précédent : « Ce n'est pas seulement, dit-il, la disproportion qui existe entre le volume du fœtus et la capacité du bassin qui entraîne cette anomalie dans l'évolution du travail ; un second élément entre en jeu : c'est l'excès de la musculature utérine ; il semble qu'il y ait une sorte de parallélisme, au point de vue de l'hypertrophie, entre la disproportion anatomique des parois du bassin et le parenchyme de la matrice. »

GOLTZ a constaté dans un cas d'accouchement prompt que « l'orifice utérin ressemblait à un entonnoir largement ouvert avec lèvres épaisses », semblant désigner cet état du col connu sous le nom de *déhiscence*. Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion de WIGAND (2), qui paraît attribuer une grande importance à la forme du vagin. Suivant qu'il est large dans sa totalité, ou seulement à sa partie supérieure ou inférieure, l'accouchement est rapide dans sa totalité, ou seulement dans la première ou la seconde de ses périodes.

Enfin la résistance du périnée doit être prise en considération. Elle peut être diminuée, soit parce qu'il a subi des déchirures mal réparées aux accouchements antérieurs, soit parce que les tissus ont cette élasticité particulière que l'on rencontre chez

(1) TARNIER et BUDIN, *op. cit.*, t. III, p. 283.

(2) WIGAND, *in* CAZEUX, *op. cit.*, p. 285.

les femmes de constitution lymphatique. Ce défaut explique que l'accouchement rapide s'observe fréquemment, comme le dit LEVRET (1), « chez des femmes sujettes à des flueurs blanches abondantes, et dont l'habitude de tout le corps est flasque et mollasse ». C'est aussi à cette laxité des tissus que DESORMEAUX et DUBOIS (2) attribuaient la facilité de l'accouchement chez les femmes des climats chauds.

6. *Etats pathologiques.* — Certaines maladies aiguës ou chroniques qui atteignent la femme pendant sa grossesse paraissent jouer un rôle dans la production de l'accouchement rapide. Nous étudierons au chapitre des causes essentielles les maladies qui privent absolument la femme de sensibilité ou de conscience, ne voulant aborder ici que les cas où elle conserve à un certain degré ces deux facultés.

Ce sont d'abord les maladies aiguës : la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde. WINCKEL a observé douze accouchements précipités dans ces conditions. Cet auteur incrimine encore la tuberculose pulmonaire, la bronchite chronique, l'entérite fébrile. Pour CAZEAX et JACQUEMIER, ces états morbides agissent en affaiblissant la résistance normale des parties molles, et en émoissant la sensibilité des parturientes.

Nous ajouterons à cette liste l'auto-intoxication

(1) LEVRET, *op. cit.*, p. 104.

(2) DESORMEAUX et DUBOIS, Dictionnaire de méd. ou Répertoire général des sciences méd., art. Accouchement.

gravidique. Plusieurs fois nous avons observé chez des primipares albuminuriques un travail très court, variant de deux à cinq heures. Dans un cas que nous ne rapporterons pas ici en détail, parce que l'accouchement fut terminé par une intervention manuelle, une femme de 21 ans, primipare, enceinte de deux enfants, conduisit sa grossesse jusqu'à terme. Dans les six semaines qui précédèrent sa délivrance, elle présenta de l'albuminurie, de l'anasarque, des vomissements, des céphalées intenses. Le 5 mars 1903, dans la soirée, elle éprouve de vagues douleurs de reins, et, sur le conseil de ses voisines, descend à la salle de travail. Elle était arrivée à la dilatation complète, et à la vulve apparaissait une poche des eaux du volume d'une tête de fœtus. LINNECAR (1) rapporte également qu'une femme atteinte d'anasarque ne ressentit les premières douleurs que quand la tête vint appuyer sur le périnée.

§ II. — CAUSES FŒTALES

Longtemps on a cru que le fœtus n'était pas inactif dans le travail de l'accouchement, et l'erreur est encore répandue dans le public que le petit être, parvenu au terme de la vie intra-utérine, fait des efforts pour sortir de sa prison, comme le jeune poulet qui

(1) LINNECAR. *Lancet*, 1841-42, p. 249.

brise sa coquille. « D'où vient qu'il est si faible? écrivait la marquise de Sévigné à sa fille. N'est-ce point ce qui l'empêchait de s'aider pendant votre travail? Car j'ai ouï dire aux personnes qui ont eu des enfants que c'est cette faiblesse qui fait qu'on est bien malade. »

Logiquement HIPPOCRATE déduisait de ce rôle actif du fœtus que la femme accouchait plus facilement d'un garçon que d'une fille. Les anciens admettaient que le fœtus était mort lorsque le travail se prolongeait, et ils n'hésitaient pas à recourir en ce cas à l'embryotomie.

Nous savons aujourd'hui que le fœtus est absolument passif dans l'accouchement, et qu'il n'abrège ou prolonge celui-ci que parce qu'il obéit plus ou moins aux lois de l'accommodation. A priori même, et contrairement à l'opinion d'HIPPOCRATE, le travail devrait être plus rapide quand l'enfant est du sexe féminin, quand il est petit et naît avant terme, quand il est mort et par conséquent plus réductible. Quelle influence ont ces conditions sur la durée de l'accouchement?

1. *Sexe.* — L'influence du sexe n'est pas prouvée. GOLTZ et KIPROFF (1) arrivent à un nombre sensiblement égal de filles et de garçons; seul, KOCH trouve 16 garçons pour 21 filles; dans nos observations personnelles, nous ne relevons qu'une fille.

(1) KIPROFF, *op. cit.*, p. 30.

2. *Age*.—KIPROFF publie un nombre égal d'accouchements à terme et d'accouchements prématurés (nous laissons de côté les avortements). MOSER donne la même proportion. HELLIHAKKE n'a constaté qu'un tiers d'accouchements prématurés. Sauf deux, toutes les femmes que nous avons examinées étaient à terme ou à une époque voisine, et chez l'une l'âge de la grossesse ne peut être pris en considération: le coma éclamptique était la cause évidente de l'accouchement rapide. De cet exposé, on peut conclure que l'importance de ce facteur étiologique n'est nullement démontrée.

3. *Nombre*. — Il était permis de penser que l'accouchement de deux ou plusieurs jumeaux pouvait être rapide, à cause du petit volume des fœtus. Mais outre que l'expulsion est souvent dystocique, ce fait de petitesse des fœtus est compensé par la faiblesse des contractions d'un utérus trop distendu. Les observations d'accouchements gémellaires rapides sont rares. Nous en rapporterons plus loin quelques-unes, dues à BROCHIN (obs. XXII), TATHAM (obs. XLIII) et BROUARDEL (obs. XXXI). D'autres ont été publiées par P. STRASSMANN (1), REINHARD, GOLTZ et BRAUN (2).

4. *Poids*. — Les enfants dont le poids est inférieur à 3000 gr. forment la majorité dans les naissances rapides. Leur nombre est évalué à 75 pour

(1) P. STRASSMANN, *Deutsche Med. Wochenschrift*. 1890, p. 968.

(2) D'après KIPROFF, *op. cit.*, p. 27.

100 par KOCH et à 56 pour 100 dans les observations de WINCKEL. Les thèses récentes de HELLHAKE (1) et de KIPROFF (2) offrent à ce sujet des résultats si concordants qu'ils méritent d'être reproduits. En ne tenant pas compte des cas d'avortement relatés par ce dernier auteur, on arrive aux chiffres de 47 cas observés par le premier, 60 par le second.

ENFANTS PESANT	NOMBRE		POUR CENT	
	Hellhake	Kiproff	Hellhake	Kiproff
Plus de 3000 gr.	17	20	36.2	33.3
De 2000 à 3000 gr.	25	34	53.1	56.3
De 1000 à 2000 gr.	5	6	10.6	10

Les enfants que nous avons examinés avaient les poids suivants :

Obs. xxxvii 1570 gr.	Obs. xl	3300 gr.
Obs. xxxix 2750 —	Obs. xli	3480 —
Obs. xxxviii 2850 —	Obs. xlii	3750 —
Obs. iv 3100 —		

Ces chiffres attestent que le nombre des enfants volumineux est encore assez élevé ; quelques-uns ont atteint un poids exceptionnel. Ceux des observations de WEILL et de LARKIN pesaient cinq kilos, et chez les deux femmes, l'accouchement fut indolore (obs. ii et vii).

(1) HELLHAKE, *op. cit.*, p. 62.

(2) KIPROFF, *op. cit.*, p. 31.

5. *Macération.* — WINCKEL croit que l'accouchement précipité est favorisé par l'état de macération du fœtus et cite à l'appui de son opinion 12 cas sur 212.

6. *Présentation.* — WINCKEL n'a observé que 3 présentations du siège contre 209 du sommet, soit 1,4 contre 98,6 pour 100. Or on rencontre une présentation du siège pour trente accouchements (PINARD) ; la présentation du sommet semble donc de beaucoup la plus favorable à la rapidité de l'accouchement. C'est la seule que KOCH ait observée. Seuls MOSER et HELHAKE donnent une forte proportion d'accouchements par le siège : le premier 1 sur 22 cas, le second 2 sur 47. Tous les accouchements que nous avons observés se sont faits par le sommet.

7. *Dimensions de la tête.* — BONNEMAISON (1) a recherché si le faible volume de la tête fœtale n'intervenait pas dans l'accouchement précipité. En prenant pour moyennes les mesures suivantes :

OF = 12; OM = 13; SOB = 9, 5; BIP = 9, 5; BIT = 8, il a pu établir le relevé suivant :

OF égal ou inf. à la normale	61 cas,	sup. à la normale	3 cas
OM	—	52	—
SOB	—	52	—
BIP	—	63	—
BIT	—	55	—

KIPROFF trouve que SOF varie de 7, 5 à 10, 5, au

(1) BONNEMAISON. Thèse de Paris, 1897-98, n° 215, p. 66.

lieu de la moyenne 41. Dans nos observations, nous avons noté avec soin les différents diamètres céphaliques, nous avons constaté qu'il s'écartaient peu de la normale.

§ III. — CAUSES ANNEXIELLES

Nous n'en dirons qu'un mot.

La *brièveté du cordon*, naturelle ou accidentelle, a été invoquée comme cause d'accouchement rapide, soit que l'utérus perpétuellement irrité réagisse par de fortes contractions (HELLHAKE) (1), soit que le placenta tiraillé se décolle en partie et produise une hémorragie suivie d'une syncope ; si celle-ci se prolonge, l'accouchement se fera à l'insu de la femme. Il faut peut-être attribuer à ce dernier mécanisme l'évanouissement prolongé que présentèrent les deux parturientes de DEPAUL et de MAYGRIER (obs. xxv et xxvi). Les auteurs français sont généralement d'avis que la brièveté du cordon prolonge le travail de l'accouchement.

L'incertitude est grande relativement à l'influence de l'*épaisseur des membranes*, de la *rupture de la poche des eaux*, et de la *quantité de liquide amniotique*. Pour P. STRASSMANN (2) et EISENHART (3), la min-

(1) HELLHAKE, *op. cit.* p. 47.

(2) P. STRASSMANN, *loc. cit.*

(3) EISENHART, *Arch. für Gynäk.*, 1889, t. XXXV.

ceur des membranes et leur rupture prématurée prédisposeraient à l'accouchement rapide, en permettant à la tête fœtale d'appuyer directement sur le col, et de provoquer par cette pression de vives douleurs. D'autres font judicieusement observer que, si les membranes sont épaisses et se rompent tardivement, les premières périodes de l'accouchement se prolongent aux dépens de la dernière. Le matelas hydrostatique placé au-devant de la partie fœtale dilate la filière génitale, prépare la voie, si bien que l'expulsion peut suivre immédiatement la rupture de la poche des eaux. Les statistiques sont en désaccord sur ce point. La rupture précoce des membranes eut lieu dans 9,1 pour 100 des cas de Moser, dans 43,75 pour 100 des observations de HELLHAKE. Quant aux cas d'expulsion immédiate du fœtus aussitôt après la rupture de la poche des eaux, ils varient de 22, 7 pour 100 (WINCKEL) à 56, 25 (HELLHAKE) et 86,38 (MOSER).

L'abondance du liquide amniotique a été considérée comme favorable à l'accouchement rapide : en cas d'hydramnios, le fœtus pourrait être brusquement chassé, emporté par un flot de liquide. Mais l'hydramnios, par la distension extrême qu'il impose à l'utérus, affaiblit la contractilité de sa fibre musculaire; il expose d'autre part à des présentations vicieuses, et ces faits nous portent à émettre des réserves sur l'influence qui lui a été attribuée. Sur ce sujet comme

sur les précédents, nous ne savons rien de précis.

§ IV. — CIRCONSTANCES EXTÉRIEURES

Presque toutes nos observations se rapportent à des femmes qui travaillaient péniblement pour gagner leur vie. Ne voulant interrompre leur labeur qu'à la dernière minute, elles ont pris tardivement le chemin de la Maternité. Les unes sont parties aux premiers symptômes, d'autres n'ont ressenti qu'en route les premières douleurs. Il est possible que la marche ou les secousses produites par la voiture ou le chemin de fer aient déterminé le début du travail ou accéléré son évolution. Nous savons en effet que ces diverses causes peuvent éveiller les contractions utérines même avant terme, et certaines multipares prétendent que leur travail avance plus régulièrement et plus vite, quand on leur permet de marcher un peu.

CHAPITRE II

CAUSES ESSENTIELLES

Les causes essentielles de l'accouchement spontané rapide tiennent toutes à la mère, et nous les étudierons sous quatre titres. Tantôt l'expulsion est précipitée par l'excès des contractions utérines, tantôt elle paraît soudaine parce que les douleurs ont manqué, ou parce que la femme leur a donné une mauvaise interprétation, tantôt enfin l'accouchement rapide est dû au défaut de conscience ou de sensibilité de la parturiente.

§ I. — EXCÈS DES CONTRACTIONS UTÉRINES

Les accoucheurs désignent ainsi une exagération de la contraction utérine portant à la fois ou isolément sur son intensité, sa durée, sa fréquence et sur l'élément douleur. Ce phénomène n'est pas toujours en rapport avec le développement exagéré du muscle utérin, mais tient plutôt, d'après NÉGELÉ et

GRENSER (1), à une excitabilité spéciale de sa puissance contractile. Quelques auteurs ont cherché à établir une relation entre les phénomènes qui accompagnent l'écoulement menstruel et l'activité ou la lenteur des contractions pendant le travail; pour eux, les dysménorrhéiques seraient prédisposées à l'accouchement rapide, les douleurs qu'elles ressentent au moment des règles traduisant l'irritabilité de l'organe gestateur. Cette opinion n'est pas bien établie. L'excès des contractions utérines ne paraît pas d'ailleurs spécial à une catégorie déterminée de parturientes: s'il est fréquent chez les femmes pâles et délicates, nerveuses et impressionnables, il s'observe aussi chez des femmes robustes et pléthoriques, jouissant d'un bel équilibre de santé physique et morale.

Les symptômes de cet accident sont partout décrits. Lorsqu'ils sont au complet, les contractions sont très douloureuses, durent longtemps, et ne sont séparées que par de courts intervalles. Parfois l'intervalle est imperceptible et une douleur n'est pas plus tôt terminée qu'une autre commence: la main appliquée sur l'utérus peut le sentir dans un état de perpétuelle dureté que WIGAND compare à un véritable tétanos. La femme éprouve le besoin incessant de pousser et ne peut y résister. « Alors, dit CAZEAUX (2), la malade retient sa respiration, se con-

(1) NÆGELÉ et GRENSER, *op. cit.*, p. 631.

(2) CAZEAUX, *op. cit.*, p. 615.

tracte avec une violence incroyable, se cramponne à tous les objets qui l'environnent, et, poussant un cri ougrinant des dents, expulse tout à coup le fœtus, et avec lui les matières contenues dans la vessie et le rectum. »

Dans certains cas, ces contractions exagérées se manifestent dès le début du travail; le plus souvent, elles apparaissent à la fin de la période de dilatation et vont en augmentant jusqu'à la fin (1). Elles sont parfois causées par une émotion morale violente. Chacun sait que la seule vue du forceps a suffi maintes fois pour réveiller des douleurs languissantes et terminer un accouchement. Ce fait explique aussi la grande proportion d'expulsions rapides qui existe dans les accouchements clandestins. Craignant d'être surprises, les femmes tombent en proie à une surexcitation étrange, et font preuve d'une énergie incroyable.

§ II. — ABSENCE DE DOULEURS

Un des caractères de la contraction utérine est d'être douloureuse, et la douleur, chez la plupart des femmes, est tellement inséparable de la contraction que, dans le langage courant, les deux expressions sont devenues synonymes.

[(1) CHARPENTIER, *op. cit.*, t. II, p. 3.

Nombre de théories ont été émises pour expliquer la production de ces douleurs. Sans parler des explications philosophiques que les partisans des causes finales n'ont pas manqué de donner, les théories physiologiques abondent. Sauf l'exclusivisme de quelques-unes, elles sont parfaitement admissibles. TARNIER (1) remarque que la contraction utérine est douloureuse, à l'instar de toutes les contractions involontaires un peu violentes, et explique ainsi suffisamment la production des premières coliques, des *mouches*. A cette cause vient bientôt se joindre la distension de l'orifice utérin (M^{me} BOUVIN), qui donne lieu aux *douleurs préparantes*. La descente progressive de la partie fœtale, comprimant entre elle et le bassin les nerfs de l'utérus, les nerfs et les organes contenus dans la cavité pelvienne, contribue à produire les *douleurs expultrices*. Enfin la distension exagérée du vagin, de la vulve, du périnée, de l'anus, cause une sensation de déchirement extrêmement pénible (*douleurs conquassantes*). « Peut-on imaginer, dit CAPURON (2), que la matrice se contracte avec force, que son orifice s'entr'ouvre, que le vagin et la vulve se dilatent et quelquefois se déchirent, pour livrer passage à un enfant plus ou moins volumineux, sans que les propriétés vitales s'exaltent,

(1) TARNIER et CHANTREUIL, *op. cit.*, t. I, p. 593.

(2) CAPURON. Médecine légale relative à l'Art des accouchements. 1821, p. 129.

sans que tout l'organisme s'ébranle, sans que la femme souffre? »

Cependant, même en dehors des cas où la sensibilité et la conscience sont supprimées et dont nous nous occuperons plus loin, la douleur n'est pas un fait clinique invariable : elle peut faire défaut pendant une partie ou toute la durée de l'accouchement. Il est fréquent de constater dans les derniers mois de la grossesse des contractions utérines indolores, ne se traduisant par aucune modification du côté du col. Il n'est pas rare que celui-ci commence à se dilater à l'insu de la parturiente, et souvent le début du travail n'est révélé qu'à l'occasion d'un examen fortuit. C'est en s'appuyant sur ce fait clinique que MILLOT(1) a pu écrire : « L'accouchement a un *temps secret* inconnu, et est toujours commencé avant la première douleur. » Souvent ce sont les douleurs conquassantes, c'est-à-dire les plus pénibles, qui manquent; plusieurs femmes que nous avons examinées, après avoir éprouvé des symptômes plus ou moins accentués, n'ont été averties de l'expulsion que par la sensation « d'un corps étranger qui descendait ». Enfin, mais plus rarement, l'accouchement est absolument indolore.

OBSERVATION IV. *Personnelle*. — R... Léontine, primipare, domestique de ferme, ne présente rien d'intéressant

(1) MILLOT. Réfutation de l'opinion nouvelle publiée dans un « Mémoire sur les douleurs de l'Enfantement ». An VII, p. 94.

dans ses antécédents héréditaires et personnels. Sa mère, âgée de 46 ans, a eu quatre accouchements normaux.

Elle a marché à quatorze mois et n'a jamais présenté de troubles de la marche. Réglée à quinze ans, elle a toujours eu des règles irrégulières, revenant tous les deux ou trois mois, peu abondantes, non douloureuses, durant trois jours environ.

Dernières règles du 25 au 28 février 1903, suivies presque immédiatement de la conception. Aucun accident ou complication pendant la grossesse. Apparition des mouvements actifs fin juin.

Au moment où la femme entre à la Maternité, le 31 octobre, elle est au début du neuvième mois de sa grossesse; le fond de l'utérus est à 35 cm. au-dessus de la symphyse. Présentation du sommet, engagement effectué en OIGA.

La femme est petite, mais bien conformée. Les urines présentent de légères traces d'albumine qui disparaissent après quinze jours d'un régime lacté sévère.

Le 29 novembre, vers 9 h. et demie du soir, la femme ressent quelques douleurs lombaires très légères revenant tous les quarts d'heure environ, mais ne se doute nullement de leur signification. A 11 h. elle vomit deux fois, et, sur le conseil de ses voisines, se décide à descendre à la salle de travail. Elle accomplit ce trajet avec la plus grande facilité. A peine entrée, elle éprouve un besoin irrésistible de pousser qui se reproduit toutes les dix minutes environ. Elle pousse malgré elle, avec force, et n'appelle qu'au moment où elle voit la tête apparaître à la vulve. La maîtresse sage-femme n'eut pas le temps d'arriver que la tête était dégagée. L'expulsion s'est faite à minuit 25', dans le décubitus dorsal, sans aucune douleur. Pas la moindre déchirure vulvo-périnéale. Délivrance spontanée dix minutes après l'expulsion. Pas d'hémorragie.

L'enfant qui a crié immédiatement est un garçon pesant 3 k. 100.

Longueur totale	50 cm.		BiP	8,5 millim.
Diamètres de la tête.	OM	13,0 millim. Diam.	BiT	7,5 —
	OF	11,5 —	SMB	9,4 —
	SOB	9,5 —	Circonf.	SOB 30 cm.
	SOF	10,1 —	de la tête	SOF 34 —

OBSERVATION V. TARNIER (1). — Une multipare entre à la Maternité, et raconte qu'elle vient à l'hôpital parce qu'elle accouche toujours sans douleurs, ce qui l'expose à rester privée de secours. Le lendemain, pendant la visite du chirurgien en chef, elle accouche en effet, sans en avoir été avertie par aucune douleur.

OBSERVATION VI. SCOTT (2). — « Une dame W... me prie de la soigner, me disant qu'elle accouche avec une extrême rapidité. Je me rends chez elle, elle ne souffrait pas, je vais me chauffer les mains devant la cheminée, et, avant que j'aie eu le temps d'accourir près du lit, l'enfant était né, sans un cri. Pas de suite fâcheuse. »

OBSERVATION VII. LARKIN (3). *Résumée.* — Une femme de 29 ans avait déjà eu trois accouchements rapides, ayant duré de vingt minutes à une heure. Devenue enceinte une quatrième fois, elle accoucha à terme en fort peu de temps d'un enfant pesant plus de dix livres, sans avoir cependant ressenti aucune douleur.

OBSERVATION VIII. SANGREE (4). *Résumée.* — Une négresse de 18 ans, arrivée à la fin du huitième mois de sa

(1) TARNIER et CHANTREUIL, *op. cit.*, t. I, p. 590.

(2) SCOTT, *Lancet*, 1859, p. 123.

(3) LARKIN, *Med. Record*. New-York, 1893, t. XLIV, p. 815.

(4) SANGREE, *Med. Record*. New-York, 1892, p. 461.

grossesse, ressent des douleurs passagères. Le lendemain matin, vers onze heures, elle se sent indisposée et monte se coucher. Un quart d'heure après elle perd ses eaux, et quinze à vingt minutes ensuite, elle ressent une douleur plus vive et entend crier l'enfant. Sans ce cri, l'expulsion serait passée inaperçue. Les suites furent normales.

Parfois le travail s'exécute silencieusement pendant le sommeil ; la femme n'est réveillée qu'au moment de l'expulsion par une douleur, le besoin de miction ou de défécation, la sensation d'humidité produite par la rupture de la poche des eaux. Nous rappellerons à ce propos l'observation de WEILL (obs. II). D'autres cas ont été rapportés par HEISTER (1), PALFREY (2), CASE (3), SAMELSON (4), PANIS, DUBOIS (5).

OBSERVATION IX. PANIS. — Une femme de 33 ans avait déjà eu deux accouchements rapides et peu douloureux, et était arrivée au terme d'une troisième grossesse. Un soir, elle se couche à huit heures, sans préoccupations. Elle s'endort profondément, et est réveillée vers trois heures du matin par une sensation de fraîcheur : elle se lève rapidement, et sent entre ses jambes un corps qui tombe sur le plancher. C'était un enfant de 3.200 grammes. Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION X. DUBOIS. — « Une primipare, âgée de 22 ans, entra un samedi à la clinique sans souffrir beau-

(1) HEISTER, in PANIS. Thèse de Paris, 1861.

(2) PALFREY, *Lancet*, 1864, p. 36.

(3) CASE, *Ann. J. M. S. Philadelphie*, 1868, p. 279.

(4) SAMELSON, *Brit med. J.*, 1865, p. 550.

(5) DUBOIS, *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 105.

coup ; cet état se continua jusqu'au lundi. Le soir de ce jour, elle dormit depuis huit heures jusqu'à minuit. A cette heure elle se réveilla, se sentit mouillée, et crut qu'elle avait uriné ; elle prit son vase de nuit, et au moment où elle allait uriner, elle sentit quelque chose de gras à la vulve : l'enfant allait sortir.

Parfois la femme ne se réveille même point, et l'on devine les conséquences qui en résulteraient pour le nouveau-né, si une tierce personne ne s'apercevait de l'accouchement, ou si les cris de l'enfant ne réveillaient la mère. « Nous avons vu, dit TARNIER (1), une femme bien portante accoucher sans le savoir pendant qu'elle dormait paisiblement, et ce furent les cris de l'enfant qui révélèrent sa naissance. » DUBOIS cite deux cas analogues empruntés à deux accoucheurs anglais distingués, et consignés par MONTGOMERY :

OBSERVATION XI. — L'un d'eux, DOUGLAS, fut appelé auprès d'une personne qui était déjà accouchée ; cette femme, qui était enceinte, couchait avec une petite fille de quatre ans ; elle fut réveillée par cette petite fille qui criait, parce qu'elle avait senti les mouvements d'un petit enfant qui criait aussi ; la femme s'aperçut alors qu'elle était accouchée.

OBSERVATION XII — L'autre accoucheur raconte que la femme d'un lord anglais enfanta pendant son sommeil. Ce fut son mari qui couchait avec elle qui s'en aperçut ; il avait senti les mouvements d'une troisième personne dans

(1) TARNIER et CHANTREUIL, *op. cit.*, t. I, p. 590.

le lit; il réveilla sa femme, et ils reconnurent alors qu'elle était accouchée.

§ III. — MAUVAISE INTERPRÉTATION DES DOULEURS

Les accouchements sans douleurs sont rares; plus fréquents sont les cas où la femme ressent des douleurs, mais se trompe sur leur signification. Une expulsion inattendue peut être le résultat de cette méprise.

L'interprétation erronée que la femme donne à ses sensations nous semble pouvoir se rattacher à trois causes principales : la femme peut de bonne foi ignorer sa grossesse et rapporter à toute autre cause les douleurs qu'elle éprouve; se sachant enceinte, elle peut ne pas croire à un début de travail, parce qu'elle croit son terme éloigné; se sachant ou non en travail, elle peut, comme le fait est fréquent chez les parturientes, ressentir le besoin de la miction ou de la défécation, se disposer à le satisfaire, et accoucher alors d'une façon précipitée.

1. *Ignorance de la grossesse.* — Nous touchons ici à une des questions les plus controversées de la médecine légale : la possibilité de la grossesse méconnue a été affirmée et niée avec une égale conviction.

Le fait est indéniable pour les aliénées et les idiots, pour des femmes qui ont été fécondées pendant un sommeil artificiel ou un état pathologique tel que

le coma, pour des femmes d'une extrême naïveté qui ignorent la signification du coït, ou qui croient sincèrement avoir pris leurs précautions pour éviter la conception. SÉDILLOT (1) raconte qu'une jeune coiffeuse de Lyon, qui s'était donnée dans un bain, niait encore qu'elle fût enceinte au milieu des douleurs de l'accouchement. On lit dans CASPER (2) l'histoire d'une jeune fille de 16 ans, qui avait un ventre énorme et soutenait qu'elle n'était pas enceinte, racontant seulement que le baron N..., qui l'avait reconduite à la maison et auquel elle s'était livrée une seule fois, lui avait assuré que la première fois n'avait jamais de suite.

Mais est-il possible que, dans des conditions normales, une femme puisse arriver jusqu'à terme, sans se douter qu'elle est enceinte? « Suppression des règles, dit M. BROUARDEL (3), mouvements de l'enfant, développement exagéré du ventre et des seins, troubles sympathiques de la santé, toutes ces causes rendent cette allégation invraisemblable, et cependant les faits pris parmi des femmes qui n'avaient aucun intérêt à dissimuler leur grossesse, ou qui désiraient vivement être mères, ne sont pas très rares. » C'est que, d'une part, bien des symptômes de la grossesse peuvent être rapportés à un état pathologique, et que

(1) SÉDILLOT, Manuel complet de méd. légale, 2^e édit. 1836, p. 38.

(2) CASPER, Traité prat. de méd. légale. 1862, t. I, p. 159.

(3) BROUARDEL, l'Infanticide, 1897, p. 151.

d'un autre côté, plusieurs signes de la grossesse, considérés comme de première importance, peuvent manquer. Des écoulements sanguins se reproduisant avec une certaine périodicité chez une femme grosse peuvent être confondus avec les règles. L'aménorrhée, au contraire, peut être attribuée à une affection utérine, à une chlorose de la puberté, à l'âge de la femme qui n'a pas encore été réglée, ou qui se croit arrivée à la ménopause. D'après TARDIEU, ce serait même chez les personnes qui, arrivées à un certain âge, n'ont plus lieu d'être surprises de la disparition de leurs règles que se rencontre la plus grande proportion des grossesses ignorées. Nous n'avons pas l'intention d'exposer ici le diagnostic différentiel de la grossesse, nous nous contenterons de rappeler que les signes de certitude peuvent être tellement obscurs que des praticiens les ont méconnus et ont entretenu la femme dans ses illusions.

OBSERVATION XIII. WOLD (1). — Une demoiselle de magasin accouche debout, derrière son comptoir, d'un enfant qui mourut d'une fracture du crâne produite dans la chute. Malade depuis longtemps, elle souffrait de douleurs dans le bas-ventre ; la menstruation était très irrégulière. Elle n'avait pratiqué le coït qu'une fois. Elle rapporta les symptômes qui survinrent à son ancienne maladie, et fut confirmée dans cette idée par un médecin qu'elle avait consulté. Huit jours encore avant son accouchement, celui-ci fit le diagnostic d'hydropisie et la traita en conséquence.

(1) WOLD, in HOFMANN, *op. cit.*, p. 130.

OBSERVATION XIV. LONG (1). *Résumée.* — L'auteur fut appelé près d'une jeune femme de 24 ans, très irrégulièrement réglée, pour une attaque convulsive dont on ignorait la nature. A son arrivée, la femme venait de mettre brusquement au monde un enfant de sept mois. Ni son mari, ni elle ne se doutaient qu'elle fût enceinte. La femme avait bien remarqué qu'elle prenait de l'embonpoint et que ses seins s'étaient développés, mais avait attribué cet état à l'amélioration de sa santé. Ses menstrues étaient si irrégulières qu'elle n'avait prêté aucune attention à la cessation de ses règles.

OBSERVATION XV. TAYLOR (2). — Une femme mariée, qui n'avait pas eu d'enfants pendant une période de 19 ans, s'aperçut qu'elle prenait un embonpoint inusité. Elle pensa être atteinte d'hydropisie et consulta un médecin qui lui apprit qu'elle était à une période avancée de la grossesse. Elle traita son opinion avec le plus grand mépris. En voyageant avec sa fille, elle fut prise la nuit, dans une misérable auberge, des douleurs du travail, et accoucha. Elle n'avait fait aucun préparatif pour la naissance de cet enfant, et jusqu'au moment où elle avait été saisie par les douleurs du travail, elle n'avait pas eu, malgré son expérience antérieure, la plus légère idée qu'elle fût enceinte.

OBSERVATION XVI. M. le Professeur BROUARDEL (3). — La femme d'un employé supérieur d'un ministère, mère de trois enfants, nourrissait le dernier depuis plus d'un an. Elle n'avait aucune raison de nier une grossesse, et elle arriva à terme sans s'être jamais crue enceinte. Depuis sa dernière couche, elle n'avait pas vu ses règles, fait qu'elle pouvait

(1) LONG, *Méd. Times and Gazette*, 1857, p. 592.

(2) TAYLOR, *Traité de méd. légale*. Trad. COUTAGNE, 1881, p. 583.

(3) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 152.

attribuer à la lactation. Prise un jour de douleurs abdominales, elle les crut occasionnées par des coliques hépatiques. Moins de deux heures après, l'accouchement était terminé.

OBSERVATION XVII. RÜTTEL (1). *Résumée.* — Une femme de 41 ans, mariée depuis plus de 16 ans, accouche tout à coup de son premier enfant, en revenant d'un village voisin. Elle s'était vivement plainte, quelques jours auparavant, de ne pouvoir être mère. L'enfant était vivant et à terme.

D'autres faits du même genre ont été observés par WESCOTT (2), TANNER (3), MORONVAL, FÖEDERÉ (4). L'observation de ce dernier est moins démonstrative que les précédentes, la femme n'étant qu'à cinq mois de grossesse.

2. *Ignorance de l'époque de la gestation.* — Nombre de femmes se trompent sur l'âge de leur grossesse. Quelques-unes, très irrégulièrement réglées, ou devenues enceintes en allaitant un premier enfant, ne peuvent assigner de date fixe à la conception. Elles continuent à vaquer à leurs travaux pendant tout le temps de la gestation, et lorsque leur terme arrive, elles ne comprennent point la signification des premières douleurs, n'attendant leur accouchement que pour une époque plus éloignée. Le travail s'avance; elles s'inquiètent et se décident à partir pour l'hôpital ou à demander une assistance.

(1) RÜTTEL, *Henke's Zeitschrift der S. A.* 1844, p. 264.

(2) WESCOTT, *Lancet*, 1897, p. 607.

(3) TANNER, *Obstetrical Transactions*, t. IV, p. 113.

(4) D'après COLIEZ, *op. cit.*, p. 77.

Il est trop tard : l'accouchement se fait sur la route, ou avant l'arrivée de l'accoucheur.

OBSERVATION XVIII. BONNEMAISON (1). — A. P..., 22 ans, confectionneuse, arrive à l'hôpital le 21 janvier à trois heures et demie du matin, ayant accouché en voiture. Sa grossesse avait évolué normalement, et ses dernières règles s'étant terminées le 10 mai précédent, elle comptait n'accoucher que vingt à vingt-cinq jours plus tard. Le 20 janvier, à 7 heures du matin, en faisant sa toilette, elle se sent mouillée, mais n'y prête pas grande attention, car elle ne ressentait aucune douleur, puis, étant à sa quatrième grossesse, elle comptait bien ne pas se laisser surprendre. La journée se passe normalement, et ce n'est que dans la nuit, le 21 à 2 h. 45 du matin, que de fortes douleurs la prennent. Elle s'habille aussitôt, monte en voiture, mais pendant le trajet pourtant très court, deux ou trois fortes douleurs surviennent, et l'enfant est expulsé entre les cuisses de sa mère qui était restée assise sur la banquette. La délivrance fut effectuée à l'hôpital. Aucun accident ni chez la mère, ni chez l'enfant, qui pesait 3.680 gr.

3. *Besoins illusoires.* — Il est universellement reconnu dans la pratique des accouchements que le besoin de la défécation se fait souvent et énergiquement sentir dans les dernières périodes du travail. La partie fœtale par sa descente progressive comprime le rectum, l'aplatit, et si l'accoucheur n'a pas eu la précaution d'en évacuer le contenu par un

(1) BONNEMAISON, *op. cit.*, obs. LXVIII.

lavement, la sortie du fœtus est accompagnée de l'expulsion des matières fécales. La vacuité du rectum ne fait d'ailleurs pas disparaître cette sensation qui contrarie vivement nombre de parturientes : prises de honte, plusieurs hésitent à pousser et n'obéissent que sur les pressants conseils de l'entourage.

Le plus souvent ces besoins sont douloureux, se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, comme les contractions utérines elles-mêmes; les femmes se sachant en travail et prévenues de leur signification n'en sont point trop préoccupées. Dans d'autres cas, des parturientes ont cru à un besoin réel de défécation ou de miction, et ont accouché brusquement en se disposant à le satisfaire. L'expulsion rapide s'explique d'autant mieux chez quelques-unes que les autres phénomènes du travail étaient passés inaperçus.

OBSERVATION XIX. BRUNON (1). — Une primipare de 22 ans, arrivée à terme, est prise un soir de douleurs lombaires assez vives, mais personne ne songe qu'il est temps d'appeler le médecin. A 11 heures, elle éprouve un violent besoin de défécation, s'installe sur le siège des cabinets où elle reste cinquante-cinq minutes, puis se remet au lit. Vers une heure et demie du matin, les douleurs réapparaissent avec le besoin de défécation. La jeune femme veut se lever de nouveau, quand survient une nouvelle douleur. Elle veut rapprocher ses cuisses à ce moment, mais sent un corps volumineux interposé entre elles.

(1) BRUNON, *Archives de tocol.*, 1890, p. 786.

Elle y porte la main et trouve la tête de l'enfant complètement expulsée. Le corps la suit immédiatement. A aucun moment cette femme n'a songé à l'accouchement ; elle n'a compris ce qui se passait qu'après avoir touché et vu l'enfant. Elle ne présente et n'a jamais présenté aucun signe de nervosisme ; elle est d'une bonne santé, d'un caractère très calme, et appartient à la classe cultivée.

OBSERVATION XX. LAUGIER (1). — Une secondipare, en ceinte de près de huit mois, entre le 9 janvier à l'infirmerie de la maison de Nanterre. Dans la matinée du 18 février, avant la visite, elle fut prise de coliques qu'elle attribua à ce qu'elle n'avait pas eu de selles depuis cinq jours. Elle réclama et on lui administra un lavement simple ; mais ce lavement était à peine pris que le besoin d'aller à la selle devint irrésistible. Elle n'eut que le temps de se lever et de saisir son vase dans la table de nuit. Au moment où elle s'accroupissait, le bras droit appuyé sur le bord de son lit, le fœtus fut expulsé, sans qu'elle eût poussé un cri, et tomba dans le vase d'une hauteur de cinquante centimètres environ, au milieu du liquide teinté par le sang et de l'eau du lavement mélangée à des matières fécales. Le cordon ombilical qui n'était pas rompu fut immédiatement lié et coupé. L'enfant momentanément asphyxié fut rapidement ranimé. Le placenta fut extrait sans difficulté un quart d'heure après. Les suites furent normales.

OBSERVATION XXI. LE BLOND (2). — Une domestique de 27 ans, primipare, abandonnée par son amant, se plaignit un soir de petites coliques qui ne l'empêchèrent pas de se

(1) LAUGIER, *Annales d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1891, 3^e série, t. XXV, p. 380.

(2) LE BLOND. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1892, 3^e série, t. XXVIII, p. 532.

livrer à ses occupations habituelles. Après être montée dans sa chambre, elle ne put s'endormir, et vers une heure du matin, fut prise de coliques plus vives. Croyant éprouver un besoin de défécation, elle se mit sur son vase de nuit. Les efforts qu'elle fit déterminèrent l'expulsion brusque de l'enfant qui tomba sur la descente de lit. Prise de peur, mais n'osant appeler, elle coupa le cordon avec des ciseaux sans le lier, plaça l'enfant sur son lit, et descendit à l'appartement de ses maîtres auxquels elle raconta l'événement. Epuisée par une hémorragie, elle fut étendue sur un matelas, et délivrée seulement dans la matinée. L'auteur n'eut qu'à tirer sur le cordon pour extraire le placenta tombé dans le vagin. Le lendemain, la mère et l'enfant étaient en parfait état de santé.

OBSERVATION XXII. BROCHIN (1). — Une dame, secondipare, enceinte et à terme, éprouve dans la nuit quelques coliques et se lève pour faire du thé, croyant que ses coliques étaient occasionnées par « des vents ». Elle se met sur son vase et se relève presque aussitôt sans avoir rien rendu. Elle est frappée, en se levant, de sentir un corps volumineux entre ses cuisses. Comme elle fait part de cette sensation à la garde qui couche auprès d'elle, celle-ci se lève aussitôt, l'examine, et n'est pas peu surprise de trouver la tête d'un enfant pendante hors de la vulve. Aidée de la garde et de son mari, cette dame remonte dans son lit, et pendant l'effort qu'elle fait pour l'enjamber, l'enfant sort en entier, sans qu'elle en ait la moindre conscience. Elle eût même ignoré ce qui venait de se passer, si elle n'en eût été avertie par les cris de l'enfant.

Quelques instants après, un deuxième enfant franchit le détroit inférieur, le vagin, la vulve, sans plus de douleurs

(1) BROCHIN, *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 118.

ni de difficultés que le premier, et la femme n'éprouve que la sensation, en quelque sorte toute physique, du passage d'un corps d'un certain volume à travers les parties génitales. Elle crut qu'il s'agissait du délivre. Délivrance naturelle quelques instants après ; placenta double. Enfants vivants et bien constitués, quoique d'un volume moindre que le volume habituel d'un enfant à terme.

OBSERVATION XXIII. DEPAUL (1). — Une jeune femme que je soignais pour la seconde fois, et que je tenais au lit depuis dix-huit jours, à cause d'un écoulement de liquide aqueux qui s'était produit, éprouve au bout de ce temps quelques resserrements intermittents dans le bas-ventre, mais sans aucune douleur. Elle me fit demander, ne se doutant pas qu'elle était sur le point d'accoucher, et quand j'arrivai près d'elle, je trouvai une dilatation déjà grande et une poche peu considérable, mais suffisante pour me prouver que le liquide qui s'était écoulé ne venait pas de la cavité amniotique. Quelques minutes après, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, elle se mit sur un vase et expulsa, croyant remplir une autre fonction, un fœtus d'un volume ordinaire : elle m'affirma qu'elle n'avait pas senti la plus légère sensation douloureuse qu'elle pût comparer à celles qui avaient signalé son premier accouchement.

OBSERVATION XXIV. BIDON (2). — Mariée depuis une année environ, heureuse, comme tous les siens, d'avoir bientôt un enfant, M^{me} X... espérait accoucher à la fin du mois de mars 1900. Mais, à la fin de février, elle rendit une grande quantité de liquide par la vulve : primipare mal

(1) DEPAUL, Dictionnaire encyclop. des Sciences médicales. T. I, p. 359.

(2) BIDON, *Marseille médical*, 1903, p. 737, et *Presse médicale*, 1904, t. I, p. 200.

renseignée, elle crut avoir uriné involontairement et s'en inquiéta d'autant moins qu'elle n'éprouva aucun malaise. Le reste de l'après-midi s'écoula sans incident. Elle se mit au lit, à l'heure ordinaire, sans inquiétude. Vers minuit, elle se réveille avec une sensation de pesanteur très supportable dans la région sus-pubienne. Croyant à une simple envie d'uriner, elle va tranquillement aux cabinets, urine comme à l'ordinaire, se sent soulagée, mais non débarrassée de cette pesanteur, se prépare à se recoucher, s'approche du lit, appuie un genou fléchi sur le matelas et fait un effort pour y monter. A cet instant, elle sent quelque chose d'humide et de chaud s'échapper de son corps, ses cuisses sont mouillées et un objet tombe par terre avec un bruit sourd. Tout cela l'étonne : elle réveille son mari, on allume la lampe, on regarde sur la descente de lit, et l'on trouve un enfant tout étourdi de sa chute, le cordon rompu ; l'autre partie du cordon pendait encore hors de la vulve maternelle et sans donner une goutte de sang. L'enfant remuait faiblement, sans cris ; au bout de quelques minutes on l'entendit crier, et tout suivit dès lors, pour lui et pour la mère, le cours le plus normal. L'accoucheur n'eut qu'à faire la délivrance, qui eut lieu sans peine.

Le nouveau-né était petit et manifestement venu avant terme. La mère, bien développée, vigoureuse, avait un thorax et des hanches larges. Elle n'avait jamais été malade et ne présentait aucun signe d'épilepsie, d'hystérie, de vésanie, d'intoxication quelconque.

§ IV. — DÉFAUT DE CONSCIENCE OU DE SENSIBILITÉ

Nous n'envisagerons ici que l'inconscience et l'insensibilité produites par un état pathologique. L'ad-

ministration du chloroforme ou d'un narcotique, les manœuvres de l'hypnose peuvent abolir momentanément les facultés d'une femme qui accouchera à son insu, mais ces procédés supposent la présence d'un médecin qui veut terminer un accouchement laborieux, ou bien une intervention criminelle. De tels accouchements ne peuvent être dits spontanés et sortent de notre cadre.

Des expulsions inopinées ont été observées pendant des syncopes, des comas de causes diverses, chez des femmes affectées de troubles du système nerveux, chez des aliénées.

Paul Dubois ne croyait pas que la femme pût, à la faveur d'une syncope, accoucher sans en avoir conscience. La syncope, pensait-il, est de trop courte durée et a pu être confondue avec un état de stupeur ayant succédé à un état convulsif. Plusieurs observations infirment cette opinion.

La syncope survient généralement à la période terminale de l'accouchement. Elle est causée par l'intensité des douleurs, un traumatisme, WILDBERG (1), MAAS (2), une hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. La cause en resta ignorée dans les observations de DEPAUL, MAYGRIER, KIPROFF (3). Souvent des accoucheurs ont extrait le fœtus à la faveur

(1) WILDBERG, *Andb. d. Gerichtl. Arzneiwissenschaft*, § 120.

(2) MAAS, *Nord. Archiv. f. Nat. u. Arzneiwiss.* Bd. I, 2 St.

(3) KIPROFF, *op. cit.*, obs. LVIII.

de cet évanouissement, mais dans des cas où la femme était seule, les contractions persistèrent, le travail progressa et se termina spontanément.

OBSERVATION XXV. DEPAUL (1). — Le 12 janvier 1882, on amène à l'hôpital une femme ayant accouché sur la voie publique. Cette femme habite les environs de Paris, et se sachant à terme avait pris le chemin de la clinique. Dans la rue Notre-Dame-des-Champs, elle fut tout à coup prise de faiblesse, et depuis ce moment ignore ce qui s'est passé. Elle fut relevée par des passants qui entendirent les cris de l'enfant. Revenue à elle plusieurs heures après, elle ne se doutait pas qu'elle fût accouchée. L'enfant vécut. La cause de la syncope resta inconnue.

OBSERVATION XXVI. MAYGRIER (2). — Une secondipare est amenée dans mon service, à la Pitié, le 2 février 1887. Cette femme, arrivée au terme de sa grossesse, et ressentant les premières douleurs, se rendait à pied à l'hôpital, lorsqu'elle fut prise d'une syncope et tomba sur le sol où elle accoucha sans connaissance. L'enfant était vivant entre ses jambes; le cordon, rompu au niveau de l'insertion placentaire, mesurait 44 centimètres.

L'accouchement peut passer inaperçu dans le coma de l'ivresse, et des exemples en ont été observés par DENEUX et CLAY.

OBSERVATION XXVII. DENEUX (3). — Une femme du peuple est apportée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état

(1) DEPAUL, *Journal des sages-femmes*, 1882, p. 9.

(2) MAYGRIER, *Progrès médical*, 1888, 2^e série, t. VII, p. 411.

(3) DENEUX, *in* COLIEZ, *op. cit.*, obs. ix.

comateux produit par l'ingestion de liqueurs spiritueuses. Elle accoucha naturellement dans cet état. Le sommeil se prolongea même quelque temps après. La femme à son réveil, toute surprise d'être accouchée, se félicita d'avoir fait une si belle découverte et promit de s'en servir à l'occasion.

OBSERVATION XXVIII. CLAY (1). *Résumée.* — Une femme, enceinte pour la sixième fois, tomba dans le coma, après avoir absorbé un litre de gin. Cette perte de connaissance dura six heures; elle accoucha pendant ce temps d'une façon parfaitement inconsciente.

L'expulsion imprévue dans le coma éclamptique est d'observation courante. Elle tient parfois à ce que les assistants, très préoccupés de l'état de la femme, s'inquiètent moins de surveiller la sortie d'un enfant qui a généralement succombé.

Chez ces malades, les contractions débutent souvent avec les premiers accès, et le travail s'effectue avec une rapidité surprenante. « L'utérus, dit CAZEAX (2), semble parfois participer à l'irritation générale et expulse très facilement le fœtus, alors que le peu de dilatation du col devrait faire considérer la terminaison du travail comme très éloignée. » Le col de l'éclamptique n'a pas la rigidité que lui attribuait JACQUEMIER (3); il s'efface, se dilate en fort peu de temps; les parties molles, œdématiées, incapables de

(1) CLAY, *Lancet*, 1841, p. 406.

(2) CAZEAX, *op. cit.*, p. 825.

(3) JACQUEMIER, *in* TARNIER et BUDIN, *op. cit.*, t. III, p. 714.

résister à la poussée utérine, se déchirent, et des accoucheurs ont été surpris de trouver l'enfant expulsé entre les jambes de la mère. Il est donc de précepte de surveiller avec le plus grand soin les modifications qui surviennent dans la sphère génitale de ces malades, mais elles peuvent être si rapides qu'elles trompent toutes les prévisions.

OBSERVATION XXIX. *Personnelle*. — F... Marie-Ange, secondipare de 26 ans, est amenée à la Maternité de Rennes le 6 décembre 1902, dans le coma éclamptique. Domestique dans une ferme située à six kilomètres de Rennes, elle fut prise le matin de ce jour de crises convulsives. Un médecin appelé en reconnut la nature, mais jugea la malade transportable. Elle accoucha en voiture pendant le trajet. A son arrivée, l'enfant et le délivre complet furent trouvés dans ses jupes. L'enfant, du sexe masculin et paraissant à terme, était mort. Le cordon intact le reliait encore au placenta ; celui-ci était parsemé d'infarctus blancs. La femme présentait une légère déchirure de la fourchette. Dans les trente-six heures qui suivirent son arrivée, elle eut douze crises convulsives. Elle guérit et sortit en excellent état le 24 janvier.

OBSERVATION XXX *Personnelle*. — A... Désirée, 39 ans, enceinte pour la septième fois, fut prise d'accès éclamptiques à la fin du huitième mois de sa grossesse. Elle fut amenée dans le coma à la Maternité, le 2 octobre 1902. Elle avait déjà eu treize accès chez elle, de trois heures du matin à midi. A son arrivée, le col n'était pas effacé, les bruits du cœur ne furent pas perçus. Jusqu'à minuit la malade eut quinze crises convulsives.

Le 3 octobre, à deux heures du matin, le col souple et dilatable était en voie d'effacement. A quatre heures, en découvrant la femme, le fœtus mort fut trouvé expulsé entre ses jambes. Pas de lésions vulvo-périnéales. Pas d'hémorragie. La malade succomba dans l'après-midi du 3 octobre.

A priori, on pourrait rapprocher de ces faits ceux où la parturiente est plongée dans le coma apoplectique ou agonique, mais l'expérience prouve que le travail dans ces conditions marche plutôt avec lenteur et nécessite souvent une intervention.

L'accouchement peut être rapide chez des femmes atteintes d'affections diverses du système nerveux.

Dans un cas de paraplégie rapporté par CHAUSSIER (1), et occasionné par des acéphalocystes qui comprimaient la moelle épinière, l'accouchement se fit sans que la malade le sentît.

L'analgésie de l'expulsion fut aussi complète dans deux cas de tabes relatés par COHN et PLACZEK (2).

L'hystérie, qui produit des troubles si variés de la sensibilité, peut rendre le travail tellement douloureux que l'accoucheur est obligé de recourir à l'anesthésie; d'autres fois, le travail est presque indolore. « On peut observer, dit TARNIER (3), l'un et l'autre état chez la même femme à des accouche-

(1) CHAUSSIER, d'après MARC, Dictionn. Répertoire 1832, art. Accouchement (Considérat. médico-légales).

(2) PLACZEK, *Vierteljahrschrift f. gericht. Med.* 1903, p. 43.

(3) TARNIER et BUDIN, *op. cit.*, t. II, p. 158.

ments successifs. » M. PITRES (1) a constaté chez quelques hystériques une insensibilité complètes des grandes lèvres, des petites lèvres et du vagin. Avant lui, BRIQUET (2) signalait que certaines malades ont perdu non seulement le sens génital, mais jusqu'au sens du toucher. Tel nous semble le cas d'une malade de M. BROUARDEL.

OBSERVATION XXXI. — M. le professeur BROUARDEL (3). — Une dame N.... femme d'un riche négociant en soieries, avait déjà eu deux enfants. Chacun des accouchements avait été suivi d'un accès de manie puerpérale qui avait duré quatre à six mois. Cette dame devient de nouveau enceinte. Dinant avec son mari et ses deux enfants (à ce moment elle était guérie de sa manie), elle sent une *gêne vers les parties génitales* (ce sont ses expressions), se redresse sur le dossier de sa chaise, entend tomber quelque chose à terre; avant d'avoir eu le temps de se baisser pour constater ce qui était tombé, elle entend un second bruit. En se baissant, le mari ramasse deux fœtus de sept mois environ.

L'auteur procéda à un examen complet de la malade. Elle avait une anesthésie et une analgésie complètes, notamment des parties génitales. Les yeux fermés, elle ignorait si on pratiquait le toucher vaginal. Les mouvements imprimés à l'utérus n'étaient pas sentis. Elle paraissait d'ailleurs en excellente santé, et cet accouchement ne fut pas suivi, comme les précédents, d'un accès de manie.

(1) PITRES, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891, t. I, p. 84.

(2) GILLES DE LA TOURETTE, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, t. I, p. 197.

(3) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 155.

La névrose peut aussi déterminer un état soporeux, léthargique, favorable à une délivrance soudaine.

OBSERVATION XXXII. SCHULTZE (1). *Résumée.* — Une femme enceinte pour la quatrième fois, et parvenue au terme de sa grossesse, était plongée dans un état de somnolence si profonde qu'il était impossible de l'en faire sortir, malgré les secousses qu'on lui imprimait et les vapeurs qu'on lui faisait respirer. Trois jours après, elle accoucha dans cet état d'un enfant vivant bien conformé. Elle se réveilla le lendemain, n'ayant aucun souvenir de son accouchement.

Chacun sait les modifications apportées par l'état gravis dans l'intelligence et la sensibilité des gestantes. Ces troubles sont si communs au cours de la grossesse qu'ils en constituent de véritables signes. Chez quelques femmes prédisposées par une hérédité névropathique, la grossesse fait éclore certains accidents qu'elles n'avaient jamais présentés antérieurement : chorée, épilepsie, manie puerpérale. Ces états ne sont pas étrangers à la production des accouchements rapides.

OBSERVATION XXXIII. MARCÉ (2). — Une primipare est soignée pour une exaltation maniaque datant du début de sa grossesse. Un soir, se trouvant un peu fatiguée, elle se

(1) SCHULTZE, *Medicinische Zeitung*, 1844, n° 31.

(2) MARCÉ. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, 1858. Obs. X.

couche sans avoir accusé de malaise ou de douleur. Une heure après, on entendit tout à coup des cris d'enfant partant de son lit : les filles de service étaient si éloignées de songer à un accouchement qu'elles crurent qu'on avait apporté un chat dans la salle. Aucune plainte, aucun mouvement n'avaient attiré l'attention des malades les plus voisines. L'enfant vécut quatre jours. L'état de la mère resta stationnaire.

OBSERVATION XXXIV. JAMBON (1). — Une secondipare, sans antécédents pathologiques, devient enceinte au début du mois de novembre 1902. Au mois de janvier, son mari remarque que le sommeil de sa femme n'est pas « naturel », et que de temps à autre elle est atteinte de crises épileptiformes. Au mois de mars, de grandes attaques bien caractérisées surviennent, d'abord espacées, puis de plus en plus fréquentes, jusqu'à deux et trois par jour. Les jambes sont très œdématisées. Les urines ne renferment pas d'albumine. Sous l'influence du régime lacté et du bromure de potassium (2 gr. par jour), les crises disparaissent.

Le 24 juin, la femme était arrivée à la fin du huitième mois de sa grossesse. A cinq heures du matin elle ressent un léger malaise, son mari va vite chercher du secours et est absent trois minutes à peine. A son retour, il trouve sa femme appuyée contre la porte de la maison. Elle se redresse alors et accouche subitement. L'enfant tombe et le cordon se rompt à environ vingt centimètres de son insertion ombilicale. Il n'y a pas d'hémorragie du cordon, et au bout de dix minutes, la délivrance se fait spontanément.

Cette femme, très expérimentée, puisqu'elle était à sa

(1) JAMBON. *Bulletin de la Soc. scientif. et méd. de l'Ouest*, 1903, t. XII, p. 540.

quatrième grossesse, ne se croyait pas en travail. « Je n'ai eu que deux douleurs, disait-elle, et encore je serais accouchée plus vite, si je n'avais fait tout mon possible pour m'empêcher de pousser. »

A côté de ces troubles que la gravidité a produits ou exagérés, mais qui s'atténuent et disparaissent le plus souvent avec elle, des troubles plus durables et plus graves peuvent être observés chez la femme enceinte, et indépendamment de son état de grossesse : nous voulons parler de l'aliénation mentale.

Chez les aliénées, la sensation de la douleur est très affaiblie, et MARCÉ (1) n'hésite pas à faire de cette insensibilité une loi à peu près générale. « Cette analgésie, dit-il, est surtout prononcée chez les mélancoliques, et il en résulte qu'au terme de leur grossesse, elles doivent être surveillées avec un soin particulier, puisqu'elles n'éprouvent pas ces douleurs qui servent d'avertissement à l'accoucheur. On peut même parfois observer chez des femmes atteintes de formes stupides de cette affection des accouchements sans douleur : l'analgésie s'étend chez elles à l'utérus. » Il n'est donc pas surprenant que ces femmes accouchent d'une manière inconsciente, et sans que les personnes qui les entourent se doutent de leur travail.

OBSERVATION XXXV. BERTHIER (2). — Une femme de 29 ans, de tempérament nerveux et de complexion délicate, entre

(1) MARCÉ, *op. cit.*, p. 94.

(2) BERTHIER, *Ann. de la Société méd. de Lyon*, 1859, p. 66.

à l'hôpital le 14 août 1859. Etat général précaire : maigreur générale, muqueuses pâles, regard fixe et inquiet; les actes manquent de spontanéité. L'examen des organes ne révèle rien de bien spécial. Cependant, à l'abdomen, on trouve, quoique avec peine, une tumeur ovoïde, inégale, légèrement sensible.

La malade dit n'avoir jamais eu mal au ventre : elle ne porte aucune trace d'affection scrofuleuse et ne soupçonne pas une grossesse. Elle n'est cependant plus réglée depuis quelque temps, mais ce fait, fréquent chez les aliénées, n'attire pas longtemps l'attention. Elle présente un œdème généralisé.

Un jour, on appelle en hâte le médecin qui, à son arrivée, trouve la malade tranquille, souriante, qui s'excuse de l'avoir dérangé. Elle dit avoir éprouvé une forte colique qui a cessé avec la satisfaction d'un besoin d'uriner. En se rendant à la salle voisine, le médecin trouve sur un vase un enfant à terme, bien constitué, présentant tous les signes de l'asphyxie, et enveloppé de ses membranes intactes, « comme un œuf dans sa coquille ». Pas une goutte d'eau, ni de sang n'avait coulé. La mère eut des tranchées, un peu de fièvre, mais se rétablit en peu de jours. Deux mois après, elle ignorait encore son accouchement. L'état physique et l'état mental s'améliorèrent.

OBSERVATION XXXVI. WESTPHALL (1). — Le 20 juillet 1861, on entendit dans la section des aliénées de grands cris et appels au secours. Les infirmières accourues trouvèrent la femme T..., âgée de trente ans, et atteinte de mélancolie anxieuse, debout au-dessus des cabinets, reliée par le cordon à un enfant qu'on voyait dans la cuvette. La tête de

(1) WESTPHALL, *Vierteljahrs. f. gericht. u. off. Med.* 1862, p. 329.

l'enfant était profondément engagée à travers l'orifice inférieur qui avait quatre pouces de diamètre; les bras y pénétraient aussi et l'enfant vivait et criait. On ne put jamais parvenir à extraire la tête; il fallut pour cela démonter complètement le siège et la cuvette, et dégager l'enfant par l'orifice inférieur, tout comme si on l'avait extrait d'un bassin. Cette opération demanda vingt minutes. L'enfant n'avait que quelques égratignures et vécut. La femme avait été examinée la veille de l'accident; elle n'était pas en douleurs et n'avait aucune dilatation. C'est en allant aux cabinets pour satisfaire un besoin que l'accouchement se produisit brusquement.

CHAPITRE III

CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

1. *Lieu.* — Il suffit de parcourir les faits nombreux que nous relatons pour constater que l'accouchement spontané rapide s'accomplit partout, et que les accidents et complications qui le suivent sont dus en partie au lieu où la femme a été surprise par l'expulsion.

Pendant l'exposition de 1878, une dame arrivée au terme de sa grossesse eut la fantaisie de faire une ascension dans le ballon captif des Tuileries. Elle eut un accouchement tellement rapide que, bien avant que le ballon eût terminé son évolution, l'enfant était né, mais né *secundum artem*, car il y avait par hasard un médecin dans la nacelle. Un grand nombre de femmes ne sont pas aussi favorisées : elles accouchent sans assistance sur les routes, en voiture, en chemin de fer, et ces cas forment la majorité de nos observations personnelles. Il est presque inutile d'ajouter que ces observations concernent des femmes qui travaillaient péniblement pour gagner leur vie,

paysannes ou ouvrières qui ne peuvent considérer la grossesse comme une maladie de neuf mois. La femme aisée ne s'expose pas à pareils accidents : elle sort peu lorsqu'elle se sait près du terme, et si elle accouche rapidement, elle n'est pas au moins éloignée de tout secours. A propos de cette question de lieu, nous consignerons ici quelques observations personnelles, en détaillant néanmoins les autres circonstances qui leur donnent de l'intérêt.

OBSERVATION XXXVII *Personnelle*. — D... Marie-Rose, domestique de ferme, âgée de 15 ans, n'a pas de passé pathologique. Ses antécédents héréditaires sont bons ; sa mère a eu neuf enfants et tous ses accouchements ont été prompts. A marché à 15 mois et a toujours bien marché. Régée à quatorze ans, elle l'a toujours été régulièrement ; ses règles duraient habituellement trois jours et n'étaient pas douloureuses. Elle a eu les dernières à la fin de novembre 1900 et fait remonter à la fin de décembre le début de sa grossesse ; celle-ci n'a été signalée par aucun malaise. Au mois de juin elle quitte ses maîtres, qui n'ignoraient pas son état, et réussit à dissimuler sa situation dans la maison où elle entre en service.

Le 14 août au soir, elle s'endort à huit heures. Réveillée à onze heures par de vagues douleurs lombaires, elle se lève à onze heures et demie, pressée par un besoin de défécation. Elle se recouche après l'avoir satisfait. Ses douleurs cessent pour reprendre à une heure du matin, mais très faiblement.

A deux heures, elle expulse dans son lit un enfant qui crie aussitôt. La délivrance se fait immédiatement après.

Elle appelle ses maîtres (deux grands garçons de 28 et

30 ans, et une jeune fille de 28 ans), mais ceux-ci apprenant l'événement refusent avec indignation de se déranger. Elle coupe alors le cordon avec son couteau, sans y mettre de ligature, enveloppe le nouveau-né et le place à côté d'elle. A trois heures du matin seulement, sa patronne vint la voir après avoir trait ses vaches. Elle était en excellent état, n'ayant perdu qu'une faible quantité de sang.

Dans la journée, sa mère prévenue vint la chercher et l'amena à la Maternité de Rennes; elle fit à pied et sans difficulté deux kilomètres pour prendre le train. A son arrivée, on ne constata aucune lésion vulvo-périnéale. Les suites furent pour la jeune mère des plus normales. L'enfant du sexe masculin était très faible et ne pesait que 1.570 gr. Mis en couveuse, il fut élevé au lait stérilisé. Quand il sortit, un mois après, avec sa mère, il pesait près de deux kilos. Il succomba à l'âge de deux mois.

OBSERVATION XXXVIII. *Personnelle.* — P... Jeanne, primipare de 22 ans, couturière, entre à la Maternité le 31 octobre 1903. Rien à signaler dans sa famille; sa mère a eu deux accouchements normaux. Elle-même n'a jamais présenté de symptômes morbides, sauf une légère anémie de 16 à 18 ans. Actuellement encore elle est pâle, ses muqueuses sont décolorées, et elle manque presque complètement d'appétit. Elle n'a jamais présenté de troubles de la marche. Réglée à quinze ans et demi, elle a toujours eu des règles très irrégulières, abondantes, ne s'accompagnant pas de douleurs, bien colorées, sauf pendant son anémie. Ses dernières règles ont eu lieu du 15 au 20 janvier et elle a dû devenir enceinte immédiatement après. A perçu les mouvements actifs dans le courant de mai. Du début de mars à la fin de juin, elle se plaint de malaises après les repas, de lipothymies fréquentes, mais ne présente ni vomisse-

ments, ni œdèmes. Pendant toute sa grossesse elle n'a cessé de travailler à son atelier, faisant des journées de dix et même de treize heures.

L'après-midi du 31 octobre, étant à son atelier, elle ressent de vagues malaises, et, bien qu'elle se doute un peu de leur signification, travaille jusqu'à huit heures. Elle rentre chez elle où elle fait encore quelques légers travaux à la machine. A neuf heures elle se couche avec l'intention de venir le lendemain à la Maternité; à ce moment même, elle est prise de fortes douleurs qui se reproduisent toutes les cinq minutes. A dix heures elle se lève, s'habille très longuement et se rend à pied à l'Hôtel-Dieu avec sa mère et une voisine. A 500 mètres de son domicile, elle éprouve le besoin de pousser et s'arrête. Debout, soutenue par les deux femmes qui l'accompagnent, elle obéit à ce besoin et se rend très bien compte qu'une partie fœtale volumineuse descend et sort de la vulve, la forçant à tenir les jambes écartées. Une voiture passe, elle y monte, et au moment où elle s'assoit sur le bord de la banquette, l'enfant se dégage complètement, tombe, et crie aussitôt. A onze heures la femme arrive à la Maternité, baignée de sang. Le cordon resté intact est aussitôt coupé et la délivrance achevée. L'hémorragie cède à des injections chaudes. Deux crins de Florence sont placés sur une légère déchirure du périnée.

La mère se rétablit très bien. Malgré une instillation de nitrate d'argent faite à son arrivée, l'enfant présentait le lendemain une conjonctivite purulente qui guérit rapidement. Il pesait 2.850 gr. et ne présentait pas de bosse sanguine.

Longueur totale	50 cm.			BIP	10,8 millim.
Diamètres de la tête.	OM	12,5 millim.	Diam.	BIT	8,6 —
	OF	11,4	—	SMB	9,5 —
	SOB	9,5	—	Circonf.	SOB 33 cm.
	SOF	10,8	—	de la tête	SOF 35 —

La femme sort le 14 novembre avec son enfant, qui pèse 3.400 gr.

OBSERVATION XXXIX. *Personnelle.* — T... Marie-Rose, domestique de ferme, âgée de 26 ans, a toujours été bien portante. Sa mère a eu 14 accouchements normaux. Elle a fait ses premiers pas à 14 mois et a toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 18 ans. A 21 ans, elle eut une première grossesse normale et accoucha à terme, spontanément, d'un garçon actuellement vivant.

Dernières règles du 1^{er} au 4 février 1902. Coût fécondant le 7 février. Apparition des mouvements actifs fin mai. La femme a eu quelques vomissements dans les premiers jours de mars, et à partir du mois de juin, elle a présenté chaque soir, pendant six semaines environ, un œdème accentué des membres inférieurs. Pendant toute sa grossesse, elle s'est livrée aux durs travaux des champs.

Pensant être à terme vers le 7 novembre, elle avait l'intention de venir accoucher à la Maternité et devait s'y rendre le 19 octobre. Dans la nuit du 18 au 19, elle dort fort bien de dix heures à une heure. Réveillée à ce moment, elle ressent des mouvements plus actifs de son fœtus et une envie d'uriner qui se reproduit toutes les demi-heures environ. Elle se lève à quatre heures, et vers cinq heures du matin quitte son domicile, s'acheminant vers Rennes, distant de sept kilomètres. Elle marchait depuis dix minutes et avait parcouru un kilomètre, quand elle ressentit de légères douleurs de reins qu'elle rapporta aussitôt à un début de travail. Elle continua sa route, ne s'arrêtant qu'au moment des douleurs qui se produisaient toutes les cinq minutes. Bientôt les contractions devinrent plus énergiques et la marche est plus difficile; heureusement, après un douloureux trajet de deux kilomètres, la femme fut recueillie par

une voiture de fermière. Elle y était à peine montée qu'elle accouchait, accroupie dans le fond du véhicule. Elle ne souffrit nullement à la sortie de l'enfant : celui-ci cria aussitôt. Il était six heures et demie du matin.

A sept heures la femme arrive enfin à l'Hôtel-Dieu. La délivrance n'est pas faite, et l'enfant tient encore à la mère par le cordon ombilical. Pas d'hémorragie notable. Le périnée, qui n'avait pas été déchiré au premier accouchement, est, cette fois encore, absolument intact. L'enfant, du sexe masculin, pèse 2.750 gr.

Longueur totale 48 cm.				{	BIP	8,0 millim.
Diamètres de la tête.	OM	13,5 millim.	Diam.		BIT	7,0 —
	OF	11,0 —			SMB	9,0 —
	SOB	9,0 —	Circonf.		SOB	30 cm.
	SOF	11,0 —	de la tête		SOF	32 —

Le cordon ne mesure que 35 cm. Suites normales pour la mère et l'enfant qui à sa sortie pèse 2.950 gr.

OBSERVATION XL *Personnellé*. — B... Marie-Ange, 25 ans, domestique, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Sa mère a eu cinq enfants, actuellement vivants et en bonne santé : ses accouchements ont été spontanés, mais laborieux. Réglée à 13 ans, elle a toujours eu des règles régulières, peu abondantes, non douloureuses, durant trois à quatre jours.

Elle devient enceinte pour la première fois en 1898. Elle avait l'intention de venir faire ses couches à la Maternité de Rennes, mais surprise chez elle par les douleurs du travail, elle accoucha à terme et spontanément d'un garçon aujourd'hui bien vigoureux. Elle affirme n'avoir pas souffert plus de deux heures ; aucune personne ne put lui porter secours ; les suites de couches furent normales.

En 1900, second accouchement dans des conditions

absolument identiques aux précédentes. En moins de deux heures, elle mit au monde une fille encore vivante actuellement. Suites de couches excellentes.

En 1902, cette femme commence une troisième grossesse. Ses dernières règles datent du 27 au 30 mars et elle devient enceinte peu de temps après. Mouvements actifs au milieu de juillet. Le 27 décembre, se sachant près de son terme, elle quitte son domicile, P., à 9 kilomètres de Rennes pour se rendre à pied à l'Hôtel-Dieu. Il est cinq heures et demie du matin, et elle ne ressent encore aucune douleur. Après avoir parcouru un kilomètre, elle éprouve de fortes coliques dans le bas-ventre, mais ne s'arrête qu'au bout d'un second km., vingt minutes après environ. Pendant ces vingt minutes, elle a ressenti trois ou quatre douleurs. Elle ne sait à quel moment s'est produite la rupture de la poche des eaux. Vers six heures du matin, la femme s'arrête au fond du fossé qui borde la route, et, dix minutes après, elle expulse un enfant du sexe féminin qui crie immédiatement. Elle coupe le cordon à dix centimètres de son insertion ombilicale, puis le lie avec du fil du côté de l'enfant. Elle prend celui-ci dans son tablier et se rend à la ferme la plus voisine, distante de cinq minutes. Pendant ce trajet la délivrance s'accomplit spontanément, et la femme abandonne le délivre au bord de la route. Pas d'hémorragie.

Le fermier conduit immédiatement la femme en voiture à la Maternité, où elle arrive à neuf heures du matin. Le périnée, déchiré par les accouchements antérieurs, ne présente pas de lésions nouvelles. L'enfant pèse 3.300 gr.

Longueur totale 51 cm.		$\left\{ \begin{array}{l} \text{BIP } 9,5 \text{ millim.} \\ \text{BIT } 8,4 \text{ —} \\ \text{SMB } 10,5 \text{ —} \\ \text{SOB } 33 \text{ cm.} \\ \text{SOF } 36 \text{ —} \end{array} \right.$
Diamètres de la tête.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{OM } 13,5 \text{ millim. Diam.} \\ \text{OF } 12,0 \text{ —} \\ \text{SOB } 10,0 \text{ —} \\ \text{SOF } 11,2 \text{ —} \end{array} \right.$	

Le 9 janvier 1903, la mère et l'enfant quittent la Maternité en parfait état de santé.

OBSERVATION XLI. *Personnelle*. — B... Anna, 34 ans; voyageuse, a eu cinq accouchements antérieurs, tous spontanés et à terme. La particularité de ces accouchements a été leur rapidité. La femme n'a pas souffert plus de deux heures, même au premier. Elle a toujours pu prévenir à temps et être assistée d'une sage-femme au moment de la période d'expulsion.

Enceinte pour la sixième fois et arrivée au terme de sa grossesse, elle se dirigeait vers la Maternité de Rennes. Le 19 mars 1903, au soir, accompagnée de son mari, elle s'arrête à Vern, petite localité de la banlieue rennaise distante de 10 km. Le couple demande l'hospitalité à un fermier sans l'avertir de l'état de la femme, et obtient de passer la nuit sur la paille dans un coin de l'étable. Le 20 mars, à minuit un quart, la femme éprouve des coliques et ne se méprend point sur leur caractère, mais elle n'ose réveiller les gens. Les douleurs continuent; la poche des eaux se rompt à 1 h. 45, et à deux heures du matin a lieu l'expulsion d'un enfant se présentant par le sommet. Un quart d'heure après, la délivrance s'accomplit spontanément.

Tout ceci s'est passé dans l'obscurité, l'étable n'étant éclairée que par un rayon de lune filtrant à travers une lucarne. La délivrance achevée, le mari appela les fermiers qui apportèrent de la lumière grâce à laquelle la voyageuse put couper et lier le cordon. Les meilleurs soins furent prodigués à la mère et à l'enfant qui furent amenés le jour même à l'Hôtel-Dieu. L'enfant, du sexe masculin, était bien constitué et pesait 3.480 gr.

Longueur totale 50 cm.				BIP 9,7 mill.	
Diamètres de la tête.	OM	12,2 millim.	Diam.	BIT	8,5 —
	OF	11,0 —		SMB	10,2 —
	SOB	9,8 —	Circonf.	SOB	32 cm.
	SOF	12,3 —	de la tête	SOF	35 —

OBSERVATION XLII. *Personnelle.* — T... Louise, couturière, est âgée de 24 ans. Son père est mort à 52 ans de tuberculose pulmonaire; sa mère, âgée de 58 ans, a eu huit accouchements à terme rapides. Elle a marché à un an, et a toujours bien marché. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement : règles peu abondantes, sans douleurs, durant trois à quatre jours.

Première grossesse à l'âge de 22 ans. Cette grossesse évolue absolument sans aucun trouble. Les mouvements actifs apparaissent vers quatre mois et demi. L'accouchement a lieu à terme le 9 avril 1902 dans les conditions suivantes :

A deux heures du matin, la femme commence à souffrir; elle s'habille et sort de chez elle à deux heures et demie accompagnée de sa propriétaire. Les douleurs peu intenses revenaient toutes les dix minutes environ. Après un trajet de deux cents mètres, elle sent « quelque chose descendre », et, bien qu'elle n'eût aucune envie de pousser et fit au contraire tous ses efforts pour le retenir, « cela sortait malgré elle ». Elle s'accroupit instinctivement au moment où la tête se dégage. L'enfant tombe d'une hauteur de 30 à 40 cm., heurte violemment le pavé et crie immédiatement. L'enfant est enveloppé, la femme mise sur un brancard et transportée à l'hôpital, où elle arrive vers trois heures. A la Maternité, le cordon est lié et coupé; la délivrance se fait spontanément une demi-heure après. Hémorragie abondante qui cède à des injections

chaudes. Réparation du périnée largement déchiré. L'enfant, du sexe féminin, pèse 3.750 gr. et ne présente pas de bosse sanguine.

Le 19 mars 1903, Louise T... se présentait de nouveau à la Maternité; elle accouchait, peu de temps après son arrivée, d'un garçon vivant pesant 3.850 gr., après deux heures et demie d'un travail fort peu douloureux.

En résumé, des six femmes dont nous venons de relater l'histoire, une est accouchée dans son lit, une dans une étable, deux se sont délivrées sur la voie publique, et deux autres en voiture. Nous n'avons pas observé d'expulsion dans les cabinets d'aisances, ni au-dessus d'un seau de toilette, d'un vase de nuit, et cependant le fait est maintes fois signalé quand la parturiente se présente à la garde-robe, trompée par un besoin de miction ou de défécation. Nous en rapportons plusieurs cas disséminés dans le courant de ce travail; les deux suivants nous paraissent intéressants à plus d'un titre.

OBSERVATION XLIII. TATHAM (1). *Résumée.* — M^{me} X..., à terme, éprouve le besoin d'uriner et se rend dans sa chambre. Elle perd à ce moment une grande quantité d'eau, et presque aussitôt un premier, puis un second enfant tombent dans le seau de toilette. Elle appelle, on la met au lit, on retire les enfants qui baignaient dans l'urine et on les met à côté d'elle. Ils moururent quelques jours après.

OBSERVATION XLIV. CORIN (2). — Une femme était en-

(1) TATHAM, *London Med. Reposit.*, 1824, p. 287.

(2) CORIN, *Annales de la Soc. méd. chirurg. de Liège*, 1893, p. 290, et *Journal de méd. et chir. prat.*, 1894, p. 717.

ceinte pour la troisième fois, et avait vivement désiré cette grossesse. A la fin du huitième mois, elle ressentit quelques douleurs et fit appeler l'accoucheur. A son arrivée, le col était dilatable, le sommet engagé en OIGA. Les douleurs continuent, intermittentes, pendant trois jours. Le 31 janvier, à dix heures du matin, la dilatation n'est encore que de quatre centimètres.

La femme demande à aller à la selle, ce qui lui est permis d'autant plus facilement que le toucher, pratiqué quelques instants auparavant, avait montré que la tête était encore un peu mobile au détroit supérieur. Le vase de nuit avait environ quarante centimètres de hauteur et était à moitié plein d'eau. A peine la femme s'est-elle accroupie qu'elle sent une forte colique et qu'on entend la chute d'un objet dans l'eau. On voulut faire lever la parturiente, mais elle refusa, prétendant qu'elle venait seulement d'évacuer une selle, et qu'elle sentait encore le besoin. Comme rien ne s'était encore produit au bout d'une minute, on la força à se lever, et on ne fut pas peu étonné de voir un enfant en état de mort apparente, la tête dans l'eau. Le cordon était intact; le placenta fut expulsé quelques instants après. L'enfant ranimé était bien constitué; il avait environ huit mois de vie intra-utérine. Il saigna abondamment du nez dans l'après-midi, quoiqu'il n'eût aucun signe apparent de fracture du crâne, et mourut le soir. Les parents se refusèrent à l'autopsie.

2. *Attitude de la femme.* — L'accouchement rapide peut se faire lorsque la femme est dans le décubitus, ou lorsqu'elle se trouve dans la position debout, assise, accroupie ou agenouillée; la plupart des médecins-experts font même de cette posture

anormale la caractéristique de l'accouchement précipité.

HOHL (1) niait la possibilité de l'accouchement debout. Quelque surprise qu'elle soit, la femme serait poussée par une sorte d'instinct à s'accroupir, et elle aurait toujours le temps de s'étendre à terre au dernier moment de la délivrance. A l'appui de son affirmation, HOHL invoquait ce fait que, malgré les exhortations et les promesses d'argent qu'il fit à un grand nombre de femmes, il ne s'en trouva qu'une qui pût accoucher debout. Mais peut-on logiquement assimiler l'accouchement rapide à un accouchement normal qui fatigue, fait souffrir et rend la femme plus sensible à ses aises qu'à l'appât d'une récompense?

L'opinion de HOHL ne saurait tenir devant les faits. Sur les 183 cas recueillis par KLEIN, 155 femmes accouchèrent debout. WINCKEL observa seulement 58 expulsions dans cette attitude (39 au repos, 19 pendant la marche). CASPER (2) en rapporte quatre faits qui eurent lieu devant témoins, et HOFMANN (3) cite un grand nombre d'auteurs qui en ont vu des exemples : KUBY, HECKER, LANGE, SPIEGELBERG, KLUSEMANN, OLSHAUSEN, REINHARD, KONTRADOVICZ. D'autres cas sont relatés dans les thèses de DUPOUY (4), BONNE-

(1) HOHL, in CASPER, *op. cit.*, t. II, p. 561.

(2) CASPER, *Ibid.* Obs. 377 et 378.

(3) HOFMANN, *op. cit.*, p. 576.

(4) DUPOUY, Thèse de Paris, 1885-86, n° 64.

MAISON, HELLHAKE, KIPROFF, et contribuent à établir avec les précédents que cette position n'est pas rare dans les accouchements rapides.

Bien plus, la station debout est pour certaines peuplades l'attitude normale de l'expulsion. Les Somalis, les négresses du Calabar et du Darfour accouchent ainsi, suspendues à une barre fixe ou à une corde, ou soutenue par des aides. Il en est de même dans certaines provinces d'Orient (1). Enfin des praticiens nous ont assuré que, dans certains cantons d'Ille-et-Vilaine, les femmes ne veulent accoucher que debout : elles placent un oreiller entre leurs jambes pour recevoir l'enfant, et poussent en s'accoudant à un meuble, ou en se suspendant par les bras au cou d'une personne de l'entourage.

L'attitude assise de la femme n'a pas donné lieu à moins de discussions. Tandis que KLEIN ne la mentionne que 22 fois, elle est pour WINCKEL la plus fréquente de toutes : 93 de ses parturientes accouchèrent ainsi (86 en voiture, 6 sur une chaise, une au-dessus d'un seau).

L'accouchement dans la position assise, sur le siège des cabinets d'aisances, a été formellement nié par DEVERGIE : « La femme, dit-il, est dans l'impossibilité de s'y asseoir, vu le caractère des douleurs qui portent sur le siège. » BAYARD, CHARPENTIER, TARDIEU, dans

(1) WITKOWSKY. Histoire des accouchements chez tous les peuples, pp. 384 et suiv.

leurs rapports médico-légaux, semblent partager cet avis. ADELON émit une opinion opposée dans une consultation médico-légale sur laquelle nous reviendrons. Dans le cas suivant, une partie au moins de l'expulsion s'accomplit dans ces conditions :

OBSERVATION XLV. VULLIEN (1). — Une secondipare de 33 ans entre le 8 mai à la Maternité de l'hôpital français de Tunis, deux à trois jours avant le terme normal de sa grossesse. La première s'est terminée par un accouchement à terme et normal. Le 10 mai, la parturiente se couche à dix heures du soir et dort jusqu'à onze heures, ne ressentant aucune douleur. Vers onze heures un quart, prise ou se croyant prise d'une violente envie de déféquer, elle se rend aux lieux d'aisances. Au bout de quelques instants, l'infirmière entendant crier, court aux lieux et y trouve la femme sur le siège, dans l'impossibilité de bouger, la tête de l'enfant étant complètement sortie du vagin. Au mouvement fait pour lever la femme, les épaules passent, et au moment où l'infirmière la couche par terre, l'enfant est complètement sorti. C'est une fille pesant 2.890 gr. Le cordon coupé, la délivrance fut faite dans la salle de travail un quart d'heure après. Pas de lésion périnéale.

La position accroupie ou agenouillée est considérée par KLEIN et WINCKEL comme plus rare que les précédentes. Le premier n'a recueilli que six accouchements précipités à genoux, les mères ayant le corps incliné en avant; le second mentionne une expulsion à genoux et 26 dans l'attitude accroupie.

(1) VULLIEN, *Annales d'hyg. pub. et de méd. lég.* 1902, 3^e série, t. XLVIII, p. 465.

3. *Chute de l'enfant*. — Lorsque la femme accouche dans une position anormale, l'enfant peut être précipité à terre, et cette chute est la cause initiale des accidents que présentent le fœtus et les annexes au cours des accouchements rapides. Les conditions qui influent sur cette chute revêtent donc une grande importance : elles ont été fort diversement appréciées.

HOHL (1) semble admettre que le poids de l'enfant a seul de l'importance. « Une fois la tête sortie du vagin, dit-il, il reste très peu du corps dans la matrice, et la force d'expulsion de ce dernier organe est alors presque nulle ; d'un autre côté, les efforts de l'accouchée ne favorisent que l'expulsion du tronc. Or, quand la tête est passée, la femme est ordinairement dans un tel état d'épuisement qu'il faut l'exciter à faire des efforts pour hâter l'expulsion du tronc. » TARDIEU (2) et M. BROUARDEL (3) pensent de même. « *Il n'est pas vrai* que l'enfant puisse être lancé comme la balle du pistolet », dit le premier, et le second : « Il ne faut pas croire que l'enfant bondisse hors du ventre de la mère comme le noyau d'une cerise qu'on presse entre les doigts. »

HOHL invoque encore d'autres circonstances qui ralentissent la chute et en atténuent la gravité. En dehors de la position que prendrait instinctivement

(1) D'après CASPER, *loc. cit.*

(2) TARDIEU, Etude médico-légale sur l'Infanticide, 1868.

(3) BROUARDEL, *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 109.

la femme, et qui diminue la distance des parties génitales au sol, le passage de la tête, des épaules et du tronc du fœtus par le canal vaginal ne se fait pas sans un certain frottement qui se continue sur les jambes et les jupes de la mère. Enfin, il faudrait tenir compte de la résistance du cordon dont la rupture amènerait un temps d'arrêt dans la chute.

Nous avons vu, contrairement à l'avis de HOHL, que l'accouchement debout est fréquent; nous examinerons bientôt ce qu'il faut penser de la résistance du cordon. Quant au poids de l'enfant, l'opinion qui en fait le seul facteur important de sa chute est peut-être trop absolue. Elle n'envisage pas ces cas où la puissance utérine, alliée à l'excès des forces expulsives de la parturiente, chasse brusquement le fœtus, parfois malgré les efforts que l'accoucheur oppose à une sortie trop rapide. L'influence de cette vitesse initiale, augmentée de la vitesse qu'acquiert l'enfant en tombant, ne peut-elle être invoquée pour expliquer les fâcheuses conséquences de certaines chutes?

Enfin le contact de l'enfant avec les cuisses et les vêtements de sa mère est un peu illusoire. « Auprès de la parturiente, dit PFANNKUCH (1), et fort à contre-cœur, on fait parfois l'expérience du peu de frottement que permet la surface lisse de l'enfant, et de la

(1) PFANNKUCH, *Archiv. für Gynæk.*, 1875, t. VII.

facilité avec laquelle il vous glisse des mains. D'ailleurs les jambes de la parturiente sont ordinairement écartées, et les robes par suite bien éloignées du corps, si bien que l'espace libre s'élargit de haut en bas, en forme d'entonnoir. On ne peut donc pas attribuer une grande influence à ce frottement. »

CHAPITRE IV

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

Les accidents et complications des accouchements rapides peuvent intéresser la mère, le fœtus et les annexes, et de tout temps ont paru redoutables aux accoucheurs. Il semble que leur importance ait été manifestement exagérée : le pronostic de ces accouchements diffère peu en somme de celui des accouchements normaux. A cet égard, sur les neuf cas que nous avons observés, six se sont passés sans aucune complication ; trois femmes ont eu des déchirures vulvo-périnéales dont deux légères et une plus étendue, deux eurent des hémorragies qui cédèrent à des injections chaudes, un enfant eut une conjonctivite purulente qui guérit sans laisser de traces ; aucun accident ne se produisit du côté des annexes. Les suites de couches furent excellentes. Une femme et deux enfants moururent, mais leurs décès doivent être attribués à des crises éclamptiques et sont parfaitement indépendants de la rapidité de l'accouchement.

Ce petit nombre de faits ne nous permet pas d'établir avec quelle fréquence se présentent les cas heureux ou malheureux; d'autre part, les observations étrangères que nous relatons, n'étant citées qu'à propos d'une particularité déterminée des accouchements rapides, ne sauraient entrer en ligne de compte. Nous nous en rapporterons aux statistiques de BONNEMAISON, KOCH, WINCKEL et KIPROFF, qui ont publié un grand nombre de ces cas. BONNEMAISON, dans 82 observations personnelles, a relevé 26 accidents, dont 12 seulement présentant quelque gravité, soit un pourcentage de 31,7 accidents, et seulement de 14,5 accidents graves. KOCH trouve 40,5 0/0 d'accouchements précipités avec complications maternelles, tandis que ces complications n'existent que dans 30 0/0 des accouchements ordinaires. WINCKEL a observé 41,6 0/0 des premiers et 26,1 0/0 des derniers. Enfin KIPROFF signale 20 accouchements par surprise avec complications sur 64 cas dont les renseignements lui furent connus.

Nous passerons successivement en revue les accidents maternels, puis ceux des annexes, enfin les accidents fœtaux dont les plus graves dépendent immédiatement des précédents.

§ I. — ACCIDENTS MATERNELS

Du côté de la mère, des déchirures des organes

génitaux, des hémorragies, l'inversion utérine, des troubles nerveux, des complications infectieuses ont été signalées par les différents auteurs.

1. *Déchirures du périnée et des organes génitaux.* — Les accidents les plus ordinaires sont les déchirures de la vulve et du périnée, et ce fait ne peut étonner, étant donnée la fréquence de ces lésions dans les accouchements normaux. VARNIER (1) ne croit même pas que l'expulsion rapide y prédispose d'une façon particulière : « Chez les multipares, écrit-il, l'expulsion précipitée en deux ou trois douleurs est chose très commune et ne compromet pas l'intégrité du périnée; si la même précipitation peut s'observer chez une primipare, c'est que son plancher pelvien, son périnée, sa vulve ont les mêmes propriétés, et peuvent prêter de la même façon que chez une multipare. Si au contraire le périnée est de ceux qui résistent, peu important la force et la précipitation des douleurs et des efforts expulsifs; il faudra toujours quelque temps pour triompher de cette résistance, et ce temps s'écartera bien peu des minima qui rentrent dans le calcul de la moyenne générale et qui sont nombreux. *J'entends, et cela va de soi, que l'accoucheur est présent et maître d'opérer pour retarder le dégagement.* »

Il n'y a précisément aucune analogie entre un accouchement surveillé où la personne assistant la partu-

(1) VARNIER, la Pratique des accouchements. *Obstétrique journalière*, 1900, p. 174.

riente met tout son soin à diriger la progression de la tête et à modérer l'effet des dernières contractions, et l'expulsion rapide qui la plupart du temps surprend la femme seule, loin des secours de l'art. La vitesse de propulsion n'étant dans ce dernier cas contrebalancée par aucune influence, plus l'accouchement est brusque, plus le périnée est menacé. Puzos (1) a trouvé une comparaison curieuse pour mettre le fait en lumière. « Il en est, dit-il, de la dilacération modérée ou de celle qui n'a d'autres bornes que le fondement, comme du déchirement qui se ferait à un papier dans le milieu duquel on aurait fait un trou plus petit que ne serait le doigt, que l'on voudrait cependant faire passer à travers ce trou. Il est certain que si l'on pousse le doigt dans ce petit trou avec violence et avec vitesse, il se fera dans le papier un déchirement plus grand que l'espace nécessaire pour le passage du doigt, si on le conduisait et si on le poussait doucement. » Ainsi exprimée, la comparaison n'est pas rigoureuse, car elle assimile un organe élastique à un tissu qui ne l'est guère, mais elle est ingénieuse et mérite d'être retenue.

A côté de cet important facteur peuvent venir se grouper d'autres causes banales qui favorisent les déchirures périnéo-vulvaires dans tous les accouchements : la primiparité, surtout chez les femmes âgées, le défaut d'élasticité du périnée, l'albuminurie,

(1) Puzos, *op. cit.*, p. 132.

l'excès de volume du fœtus. Souvent aussi dans l'accouchement rapide, on observe des lésions produites par le passage d'une tête de volume relativement faible. Ce fait, en apparence paradoxal, s'explique par la promptitude avec laquelle la tête traverse l'excavation, et est pour ainsi dire projetée au dehors, avant que l'élasticité naturelle des parties molles ait eu le temps d'être mise en jeu. D'après FASBENDER, LIEBMANN et HECKER (1), les déchirures sont surtout fréquentes quand les dimensions de la tête sont moindres qu'à l'état normal.

Il est possible enfin que le dégagement rapide s'accompagne de ce que M. AUWARD (2) a appelé la *déflexion prématurée* de la tête. Dans ces conditions, le pubis, au lieu d'être en rapport avec la région sous-occipitale, se trouve en rapport avec un point plus rapproché du bregma. Ce phénomène de déflexion coïncidant souvent avec un défaut de rotation de la tête, il s'ensuit que le pôle céphalique se présente par des diamètres aux plus longs diamètres plus étroits de l'orifice vulvaire (diamètres obliques).

Les déchirures du périnée peuvent présenter tous les degrés, depuis la simple éraillure jusqu'à la déchirure complète intéressant le sphincter anal (obs. XLVIII). A ces ruptures se joignent parfois des déchirures du vagin qui reconnaissent les mêmes causes

(1) Cités par SALLÉ. Thèse de Paris, 1892-93, n° 370.

(2) AUWARD, Mémoires d'obstétrique, tome I, 1889, p. 343.

et siègent habituellement sur les parties latérales, d'un côté ou de l'autre de la colonne postérieure.

Ce qui fait la caractéristique de ces lésions dans les accouchements rapides, c'est la rupture nette des tissus sains. Les bords de la déchirure ressemblent à ceux d'une plaie ordinaire. L'aspect en est bien différent de celui qui s'observe à la suite d'un long travail, alors que les tissus longtemps comprimés sont contus, congestionnés, infiltrés. DANYAU (1) l'avait déjà remarqué dans son *Mémoire sur la périnéorraphie immédiatement après l'accouchement* : « L'expulsion trop violente et trop rapide, ou l'extraction trop brusque de la tête, le glissement inattendu des branches du forceps, peuvent déchirer le périnée sans lui faire éprouver cet excès d'extension lente qui détruit à la fois sa cohésion et sa vitalité. » DANYAU en conclut avec raison que ces conditions sont favorables à une réunion immédiate.

Lorsque l'expulsion brusque de l'enfant se produit avant que l'orifice utérin ait atteint sa complète dilatation, le col peut se déchirer, et nous savons que cet accident n'est pas rare dans l'accouchement normal. La rupture cependant a pu être totale et circulaire, le col ayant été littéralement amputé, ainsi que SCOTT, LÉVY, POWER, KENNEDY, LANGE (2) en ont rapporté des exemples. Cette déchirure ne se propage

(1) DANYAU, *Journal de chirurgie de Malgaigne*, juin 1843.

(2) D'après COLIEZ, *op. cit.*, p. 89.

généralement pas au segment inférieur de l'utérus et ne peut être assimilée au terrible accident que constitue la rupture utérine. M^{me} LACHAPELLE, qui signale la rupture de l'utérus comme une complication fréquente des accouchements rapides, rangeait aussi bien sous ce titre les éraillures du col que la rupture du corps : celle-ci est plutôt un accident des accouchements laborieux, et nous n'en avons pas trouvé d'observation qui se rapportât à notre sujet.

2. *Inertie utérine et ses conséquences.* — A la suite de la déplétion brusque de l'utérus, les fibres musculaires, fatiguées par l'effort considérable qu'elles ont accompli, peuvent éprouver une paralysie, une sorte de stupeur plus ou moins prolongée. L'inertie de l'organe entraîne un retard dans le décollement des annexes et leur expulsion, des contractions irrégulières, la rétention du placenta ou des membranes, des hémorragies graves, l'inversion utérine.

L'hémorragie complique 16 pour 100 des accouchements rapides d'après KOCH et WINCKEL ; sur 122 cas, BONNEMAISON a observé sept fois cet accident, qui deux fois amena la mort. WINCKEL attribue l'hémorragie au relâchement consécutif de l'utérus. KOCH, tout en admettant cette explication pour un grand nombre de cas, fait remarquer que l'accouchement rapide n'est guère possible sans de fortes contractions, et que celles-ci doivent plutôt favoriser le retrait de l'utérus après l'expulsion. Aussi

trouve-t-il une autre cause de ces hémorragies dans le décollement tardif des membranes et dans leur rétention partielle.

L'*inversion utérine* est un accident beaucoup plus grave. Elle peut se produire lorsque la femme accouche debout, que le cordon est suffisamment résistant, et le placenta inséré au fond de l'utérus. Elle est encore possible dans toute autre position de la femme, dans les cas de brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. Mais cet accident est d'une extrême rareté, et CAZEAUX (1) en trouve l'explication dans la différence qui existe entre la direction des axes des détroits supérieur et inférieur. « Le cordon, dit-il, tourne autour de la partie postérieure de la symphyse des pubis comme autour d'une poulie, de sorte que la plus grande partie de la force de traction vient se perdre sur cette symphyse, avant d'arriver au fond de l'utérus. » Sur le grand nombre d'accouchements rapides que nous avons pu dépouiller, nous n'en avons relevé que trois cas.

OBSERVATION XLVI. CANOLLE (2). *Résumée.* — Une fille est prise de douleurs chez une amie; un accoucheur ne croit pas que le travail soit commencé, parce que les parties sont molles et flasques. Quatre ou cinq heures après, l'enfant était sorti, et la femme expirante à la suite d'une inversion de l'utérus. La femme était accouchée debout, les coudes

(1) CAZEAUX, *op. cit.*, p. 936.

(2) CANOLLE, *Recueil périod. de la Soc. de Méd. de Paris*, 1798, t. IV, p. 40.

appuyés sur le dos d'une chaise ; l'enfant était sorti tout d'un coup, et le cordon ombilical s'était rompu.

OBSERVATION XLVII. M. le professeur PINARD (1).— Il s'agit d'une secundipare dont le travail fut très rapide. Après l'accouchement, sans que la malade perdit de sang, elle tomba dans un état syncopal inquiétant. Elle faisait des efforts d'expulsion qui aboutirent à l'irruption hors de la vulve de l'utérus inversé sur le fond duquel le placenta très adhérent était inséré.

OBSERVATION XLVIII. ABBOT (2). *Résumée.* — Après un travail de huit ou dix heures, une primipare accouche soudainement. Rupture complète du périnée s'étendant à l'anus à un pouce au-dessus du sphincter ; hémorragie considérable. Le Dr ABBOT appelé trouve la malade épuisée avec un utérus pendant entre les cuisses. Ses tentatives de réduction réussirent, mais la mère mourut deux heures après la naissance de l'enfant.

3. *Troubles nerveux.* — Divers troubles nerveux ont été constatés au cours de l'accouchement rapide.

La mère peut éprouver une syncope plus ou moins prolongée. Cette perte de connaissance est le plus souvent consécutive à une hémorragie ; elle est parfois produite par l'excès des douleurs, mais d'après TARNIER (3), NÆGELE et GRENSER, la déplétion brusque de l'utérus suffit à l'expliquer : en cessant de comprimer les vaisseaux du bas-ventre, elle y

(1) PINARD, *Annales de gyné. et d'obstét.* 1899, t. LII, p. 47.

(2) ABBOT, *Boston Med. and Surg. Journal*, t. XCVI.

(3) TARNIER, in CAZEAX, *op. cit.*, p. 627.

déterminerait une congestion subite, enlevant ainsi au cerveau et à la moelle la quantité de sang nécessaire pour en entretenir les fonctions.

Dans les conditions particulières où se produisent les expulsions rapides, la femme, à bon droit surprise, peut exécuter des actes empreints d'une certaine irréflexion. WINCKEL (1) en cite plusieurs exemples. Une femme, après avoir accouché dans son escalier, oublia de lier le cordon. Elle vint à l'hôpital avec l'enfant qui saignait abondamment par ce cordon. Elle était trempée d'eau et de sang, sans bas et grelottant de froid. — Une autre, après avoir accouché en promenade, et avoir jeté de la terre sur le placenta, alla chez une amie à une demi-lieue de là, tandis que l'Institut vers lequel elle s'était d'abord dirigée n'était qu'à cinq minutes. Pas d'hémorragie ombilicale, bien que le cordon ne fût pas lié.

4. *Complications infectieuses.* — Il semblerait que les complications infectieuses dussent surtout frapper les femmes qui ont accouché rapidement, et auxquelles le temps a manqué pour la toilette génitale la plus élémentaire. Il n'en est rien. Elles ont sensiblement les mêmes suites de couches que les femmes hospitalisées dans les Maternités. Seul WINCKEL a observé quatre cas d'infection puerpérale mortelle à la suite d'accouchements précipités.

(1) WINCKEL, *op. cit.* Obs. 55 et 103.

Il est juste d'ajouter que ces femmes reçoivent ordinairement de rapides secours, et que leur plaie génitale bénéficie des avantages d'une désinfection immédiate. D'autre part, si elles sont plus exposées que d'autres à l'auto-infection, elles évitent les chances d'une infection hétérogène, si redoutable chez les femmes dont l'accouchement est laborieux. A l'époque où l'antisepsie n'était pas encore connue, et où l'infection puerpérale ravageait les Maternités, les suites favorables des accouchements spontanés dans la rue offraient un frappant contraste avec la mortalité et la morbidité des femmes hospitalisées. Dès 1846, SEMMELWEISS (1), assistant du Professeur KLEIN, de Vienne, entrevit la cause de résultats si différents. Ignorant l'agent de contagion, il découvrit ses moyens de transport, et par les mesures qu'il prit contre le fléau fut un véritable précurseur de PASTEUR et de TARNIER.

Dans un travail que nous avons maintes fois cité, WINCKEL, étudiant les accouchements précipités dans le but d'établir si la fièvre puerpérale est une auto-infection ou une hétéro-infection, constate que les femmes qui accouchent rapidement deviennent plus souvent malades que les autres, mais leurs maladies sont ordinairement faibles et courtes. De graves affections utérines n'atteignent que celles qui ont

(1) SEMMELWEISS, *Ætiologie des puerperalfebers bei den Sturzgeburten*, 1861.

subi des opérations sur les parties génitales. Tels sont aussi les résultats relevés par BAYER (1) sur 48 cas recueillis à Cologne. Le puerperium traîna en longueur et se compliqua d'accidents sérieux, surtout dans les cas où, pour cause d'hémorragie, de déchirures du périnée et d'ulcérations puerpérales, on dut intervenir avec la main ou des instruments, procéder à des cautérisations, à des lavages. L'auteur conclut : « Dans les accouchements précipités comme dans les autres, ne jamais faire sans nécessité des interventions sur les voies génitales. »

§ II. — ACCIDENTS ANNEXIELS

L'expulsion simultanée du fœtus et des annexes a été plusieurs fois notée : notre observation II en offre un exemple. BONNEMAISON l'a observée huit fois ; son observation XXV concerne une femme dont les trois accouchements rapides présentèrent cette particularité.

L'observation de BERTHIER, que nous rapportons (obs. XXXV), est encore plus intéressante : elle relate l'expulsion d'un œuf entier à terme. Ce dernier fait n'est d'ailleurs pas unique. BUTLER (2) et LANE (3) en

(1) BAYER, *Samm. klin. Vort.* 1900, n° 289, p. 143, et *Annales de gynécol. et d'obstétrique*, 1901, t. LVI, p. 68.

(2) BUTLER, d'après HOFMANN, *op. cit.*, p. 536.

(3) LANE, d'après TAYLOR, *op. cit.*, p. 603.

citent d'autres exemples. Dans un cas rapporté par BRUNTON (1) à la Société obstétricale de Londres, l'enfant né au septième mois fut délivré vivant de l'œuf, vingt-cinq minutes après son expulsion. Dans notre seconde partie, nous reproduisons un cas de ce genre, qui donna lieu à une expertise médico-légale d'HORMANN.

Signalons encore l'expulsion de la tête coiffée par les membranes, la rétention partielle des membranes ou du placenta, la compression du cordon. Ces accidents paraissent indépendants de la rapidité de l'accouchement, et ne méritent pas de nous arrêter plus longtemps. La rupture du cordon, à cause des conséquences qu'elle entraîne et des discussions nombreuses auxquelles elle a donné lieu, sera étudiée avec plus de développements.

La tige funiculaire qui porte la vie au fœtus était considérée par les anciens comme possédant une solidité à toute épreuve. De nombreuses observations de rupture spontanée ont détruit cette erreur, mais il faut reconnaître que les enseignements de la clinique n'ont pas été admis d'emblée. Des expériences ont été instituées pour contrôler la possibilité de pareils faits et déterminer le degré de résistance du cordon; leurs résultats, des plus contradictoires, n'ont nullement élucidé la question.

(1) BRUNTON, *Medical Times and Gazette*, 1871, t. I, p. 412.

Les premières en date sont celles de NÉGRIER (1), qui expérimenta sur des cordons non variqueux et variqueux. La résistance moyenne des premiers fut de 5 k. 250 ; un ne se rompit que sous un poids de 9 k. 500. Les seconds se rompirent à 3 kilos, résistance moyenne ; le plus résistant se brisa à 5 k. 500. CASPER refuse toute valeur à ces expériences : « L'extension a été graduellement augmentée, tandis que lorsqu'il y a rupture pendant la naissance, l'extension est subite ; puis on n'a pas tenu compte de l'augmentation de poids qu'acquiert le corps de l'enfant par la chute ; enfin on a expérimenté sur des organes privés de vitalité dont la résistance était toute autre que celle des organes vivants. » Pareilles objections peuvent être adressées à SPÆTH et à SCHATZ (2), qui, en chargeant progressivement le cordon, arrivaient à lui faire supporter un poids moyen plus lourd que le poids des nouveau-nés à terme.

PFANNKUCH (3), en laissant tomber des poids de la hauteur du cordon, provoqua deux fois la rupture avec 500 gr. et ne manqua jamais avec 1000 gr. HOFMANN, WINCKEL et KOCH ont confirmé ces expériences.

LAMARE (4) et MORY (5) ont tenté de se rapprocher encore davantage des conditions physiologiques en

(1) NÉGRIER, *Annales d'Hygiène pub. et de médecine légale*. 1841, 1^{re} série, t. XXV, p. 126.

(2) D'après HOFMANN, *op. cit.*, p. 579.

(3) PFANNKUCH, *Archiv. für Gynæk.*, 1875, t. VII, p. 29.

(4) LAMARE, Thèse de Paris, 1887-88, n° 259.

(5) MORY, *Alger médical*, 1887, p. 343.

se servant de cordons frais. Le premier injectait en outre les cordons avec de l'eau tiède ; le second les injectait et les plongeait pendant dix minutes dans l'eau à 37°. Leurs résultats sont un peu différents et LAMARE en voit la raison dans l'imbibition pratiquée par MORY, cette préparation ayant pour conséquence de faire reprendre aux cordons le degré d'humidité et de température que leur exposition à l'air leur avait fait perdre. Dans les expériences de MORY, *avec une traction lente*, les cordons se rompirent avec une force de 2 à 3 kilos.

Nous concluons avec LAMARE : « Quand des expériences sont entreprises pour vérifier des faits d'observation certaine, la valeur de leurs résultats dépend de la façon dont sont compris tous les éléments qui ont déterminé ces faits : cela est surtout vrai quand ces expériences arrivent à infirmer les résultats de l'observation. »

A ne considérer, en effet, que les résultats de ces expériences, le cordon serait toujours d'une ténacité remarquable, ou devrait se rompre dans tous les accouchements précipités. L'observation nous apprend que les deux opinions sont aussi éloignées l'une que l'autre de la vérité. Le cordon peut résister à un effort considérable, ou céder à un poids minime (celui du placenta qui tombe, dans une observation de TARNIER) (1). Il peut résister à une expulsion rapide

(1) Rapportée par M. BUDIN à la Soc. de méd. légale, 11 juillet 1887.

dans la position debout, ou se rompre lorsque la femme accouche dans le décubitus, ainsi que l'ont observé MM. BUDIN (1), BONTEMPS et notre Maître M. PERRET (2).

Il semble donc logique d'admettre des causes prédisposantes à cette rupture. On a incriminé la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon (GUILLEMOT) (3), les circulaires qui en quelques cas ont paru créer de véritables points faibles (WINCKEL, LAMARE), les points amincis (CHANTREUIL) (4), les varicosités (NÉGRIER, SPETH), les spirales (PFANNKUCH), l'insertion vélamenteuse (WINCKEL), les adhérences (STAES) (5).

De l'avis de KLEIN, BRIAND et CHAUDÉ (6), la rupture spontanée du cordon a lieu près d'une extrémité, et la déchirure au milieu de sa longueur exclurait la probabilité d'une rupture accidentelle. MARC n'ose proclamer ce phénomène comme invariable. PFANNKUCH, qui attribue aux spires une grande importance dans la fragilité du cordon, croit que la rupture se fait surtout dans la partie fœtale, point où les spires sont plus serrées. Pour WINCKEL, qui, sur 31 observations, a noté 25 fois la rupture dans le tiers

(1) BUDIN, *Ann. d'hygiène publ. et de médecine légale*, 1887, 3^e série, t. XVII, p. 534.

(2) BONTEMPS, PERRET, *Ann. d'hygiène publ. et de médecine légale*, 1888, 3^e série, t. XIX, pp. 54 et 55.

(3) GUILLEMOT, Thèse de Paris, 1834, n° 120.

(4) CHANTREUIL, Thèse d'agrégation. Paris, 1875, p. 83.

(5) STAES, Thèse de Lille, 1887-88, 3^e série, n° 51.

(6) BRIAND et CHAUDÉ, *Manuel complet de médecine légale*, 10^e édit., 1880, t. I, p. 388.

foetal, la cause de cette particularité résulterait de ce que l'extrémité placentaire dans sa plus grande longueur reste entourée par les organes maternels. CHANTREUIL pense au contraire que le siège de la rupture est déterminé par des points amincis ou des anomalies du cordon, et qu'elle se fait ordinairement à la partie moyenne. Enfin pour GUILLEMOT et LERAY (1), la rupture se ferait au milieu dans le cas de brièveté du cordon, et ce fait serait confirmé par les expériences de PFANNKUCH: le siège de la rupture paraissait s'éloigner de l'extrémité ombilicale, lorsqu'il réduisait de moitié la longueur du cordon et la hauteur de chute. Parfois la déchirure a lieu au niveau de l'insertion placentaire (2), ou ombilicale. Dans 23 cas de KLEIN, le cordon paraissait arraché du ventre. DE LA MOTTE (3) et CASPER (4) ont observé des cas analogues.

OBSERVATION XLIX. BOGDAN (5). — La nommée Sarah S..., 20 ans, secondipare, journalière, entre à l'hôpital israélite de Jassy, pour des douleurs abdominales violentes qu'elle croit dues à d'autres causes, car elle prétend ne pas être à terme. Son premier accouchement qui date d'un an a été laborieux; elle n'a jamais eu d'avortement. On l'examine et l'on trouve le col effacé, la poche des eaux bom-

(1) LERAY, Thèse de Paris, 1892-93, n° 437.

(2) PATAY, *Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1899, t. VIII, p. 52.

(3) DE LA MOTTE, *op. cit.*, obs. 439.

(4) CASPER, *op. cit.*, t. II, p. 573.

(5) BOGDAN, *Revue de médecine légale*, 1903, p. 401.

bant à chaque douleur ou plutôt à chaque contraction. Comme l'accouchement ne pouvait pas tarder malgré ses dénégations, on prend les dispositions nécessaires pour l'inscrire et pour préparer son lit.

Avant de se déshabiller, la femme va aux cabinets pour uriner, mais à peine avait-elle relevé ses jupes pour s'accroupir qu'une douleur violente se fait sentir, et la poche des eaux se rompt en inondant la parturiente. Comprenant alors que l'accouchement est imminent, elle veut retourner dans la salle, mais au même moment, étant debout, elle sent que l'enfant sort en bloc des parties génitales avec une grande violence, « comme une balle sortirait d'un fusil », selon son expression. Le nouveau-né tombe sur le plancher du corridor ; on le relève vite, on constate qu'il n'a nullement souffert de sa chute, mais qu'il ne présente plus ni cordon, ni ombilic, la tige funiculaire étant complètement désinsérée. Comme une hémorragie assez abondante se montrait par les vaisseaux restés ainsi béants, l'auteur dut, pour l'arrêter, appliquer une pince hémostatique sur la plaie ombilicale, en prenant un peu de la peau de l'abdomen, car il lui fut impossible de poser la moindre ligature, justement à cause de cette désinsertion faite au ras même de l'ombilic foetal.

Le placenta fut extrait quatre heures après avec les doigts ; il pesait 590 gr. Le cordon ombilical mesurait 46 cm. de longueur, était parfaitement sain et de grosseur ordinaire. L'enfant, du poids de 3.400 gr., était en excellent état. La pince hémostatique, laissée en place pendant vingt-quatre heures, fut retirée sans que l'hémorragie se renouvelât.

La rupture du cordon est généralement unique, mais la fragilité de l'organe peut être telle qu'en plus

de la surface de séparation il présente des déchirures partielles plus ou moins profondes. Ces déchirures se sont produites dans les expériences de SCHATZ, de WINCKEL, de LAMARE et de MORY. Cette multiplicité des lésions a été mise hors de doute par des faits cliniques de WINCKEL (1) et de KOCH (2).

§ III. — ACCIDENTS DU NOUVEAU-NÉ.

Dans l'accouchement rapide, le nouveau-né est exposé à de multiples accidents : la rupture du cordon peut être suivie d'hémorragie ombilicale, et, d'après quelques auteurs, l'arrachement de la tige funiculaire serait susceptible de causer de graves lésions internes ; la chute sur un plan résistant détermine des traumatismes crâniens plus ou moins graves ; enfin si l'accouchement se fait à l'insu de la mère, l'enfant peut périr par omission des soins qui lui sont nécessaires.

1. *Hémorragie ombilicale.* — Elle a été longtemps considérée comme le genre de mort le plus fréquent chez le nouveau-né, et depuis GALIEN jusqu'à FANTONI, célèbre anatomiste de Turin de la fin du xvii^e siècle, les médecins considéraient comme une maxime générale que le défaut de ligature du cordon ombilical devait occasionner cet accident d'une manière abso-

(1) WINCKEL, *op. cit.*, obs. 199, 215 et 216.

(2) KOCH, *Archiv. für Gynæk.* 1880, n^o 236.

lument fatale. En 1733, SCHULTZIUS, professeur à l'Université de Hall, puis KALTSMIDT, en 1751, mirent sérieusement en problème la nécessité de cette ligature.

Actuellement tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'hémorragie ombilicale est possible, mais des plus rares. Elle ne se produisit pas dans un seul des cas de KLEIN, quoique chez 21 enfants le cordon eût été pour ainsi dire arraché du ventre. CASPER, dans sa longue pratique, ne l'a pas observée, et cependant dans six cas, le cordon était rompu à son insertion ombilicale. Aucun accident ne se produisit dans un cas semblable observé par DE LA MOTTE. L'hémorragie est signalée dans des observations de KOCH (rupture à 22 centimètres de l'ombilic), de WINCKEL (3 observations de rupture à 4 cm., 15 millimètres, 40 cm. de l'ombilic avec forte hémorragie), de BOGDAN (obs. XLIX), de DUPUY (1), de BONTEMPS, et de notre Maître M. PERRET (arrachement de l'ombilic). Ces hémorragies furent arrêtées plus ou moins facilement.

Cet accident paraît d'autant moins à redouter que le cordon a été rompu, que le siège de la rupture est plus loin de l'ombilic, que la respiration du nouveau-né est mieux établie. Généralement elle n'entraîne pas la mort d'une manière rapide, mais au bout de plusieurs heures, et même de deux jours (MAURICEAU). Elle peut se produire tardivement, ou recommencer,

(1) DUPUY, *Gazette obstétricale*, 1877, t. VI, p. 289.

soit sous une influence mal déterminée que l'on rapporte à l'hémophilie, soit sous l'influence d'un obstacle apporté au libre jeu de la respiration ; maillot trop serré, mucosités des voies respiratoires, faiblesse congénitale.

2. *Lésions du foie.* — En ces dernières années, à la suite d'observations publiées par PINCUS, de Kœnigsberg, BITTNER, KOEHLER (1), les médecins légistes se sont préoccupés de savoir si, dans les accouchements précipités, la rupture du foie pouvait être observée. Le foie est chez le fœtus et le nouveau-né un organe très volumineux ; son bord inférieur déborde largement les fausses côtes, et l'active circulation qu'il présente semble lui donner une friabilité particulière. Sa déchirure pourrait-elle être produite par un violent ébranlement communiqué par le cordon ? Pourrait-elle résulter de la chute consécutive à la rupture de celui-ci ? Nous manquons d'éléments qui nous permettent de répondre. Les faits précédents concernent des femmes accusées d'infanticide qui ont accouché clandestinement. Plusieurs des enfants portaient des traces indubitables d'autres sévices, et les demi-aveux des mères nous paraissent ôter toute valeur démonstrative à ces observations.

Des hémorragies sous-capsulaires ont été constatées à la suite de quelques accouchements rapi-

(1) PERCHERON, Thèse de Lyon, 1887-88, p. 71.

des. BUREAU (1) les attribue à une faiblesse congénitale des vaisseaux ou à une dyscrasie sanguine.

3. *Traumatismes crâniens*. — Nul n'admet plus aujourd'hui l'aphorisme de HALLER : « Les fractures du crâne ne se rencontrent jamais dans un accouchement naturel et sont toujours le résultat de violences extérieures. » Il est bien établi que des traumatismes crâniens peuvent résulter de la chute du nouveau-né dans un accouchement rapide, ou se produire du fait même de l'expulsion.

Dès 1810, CHAUSSIER (2) indiquait que ces lésions peuvent s'observer dans un accouchement spontané laborieux, lorsqu'il y a disproportion entre les dimensions du bassin et le volume de la tête, et les décrivait minutieusement.

HENKE (3) établit en principe que la chute de l'enfant peut occasionner des fractures du crâne, des épanchements sanguins dans le cerveau, des commotions cérébrales mortelles.

CHAUSSIER (4) entreprit des expériences confirmatives, en laissant tomber des enfants mort-nés sur le sol d'une hauteur de cinquante centimètres et d'un mètre. Douze sujets de chaque série sur quinze présentèrent des fractures d'un ou des deux pariétaux,

(1) BUREAU. Thèse de Paris, 1898-99, n° 147.

(2) CHAUSSIER, in OLLIVIER, d'Angers, *Ann. d'Hygiène publ. et de médecine légale*, 1844. 1^{re} série, t. XXXII, p. 121.

(3) HENKE, d'après NÆGELÉ et GRENSER.

(4) LECIEUX. Thèse de Paris, 1819, p. 64.

qui, chez quelques-uns, s'étendaient jusqu'à l'os frontal. Seuls ceux dont les os étaient très mous et très flexibles ne présentèrent pas de fracture.

C'est alors que KLEIN, médecin du roi de Wurtemberg, considérant que le choc de la tête contre le sol ne doit pas produire les mêmes effets chez des enfants pleins de vie que sur des cadavres inertes, invita toutes les personnes du royaume qui s'occupaient d'accouchements à recueillir avec soin les cas d'accouchements précipités au point de vue de la chute de l'enfant. Il put ainsi présenter au Conseil de santé les 183 observations dont nous avons déjà parlé. Pas un seul de ces enfants expulsés rapidement n'avait péri; aucun n'avait la moindre lésion des os du crâne; tous avaient conservé leur santé, quoique beaucoup fussent tombés sur le pavé; deux seulement parmi ces derniers avaient éprouvé une asphyxie momentanée; deux étant tombés sur un clou et un troisième sur le rebord d'une marche d'un escalier en pierre n'avaient eu qu'une plaie très superficielle.

HOHL, d'autre part, critiqua vivement les expériences de CHAUSSIER et fit remarquer qu'elles ne tenaient pas compte des circonstances qui ralentissent la chute de l'enfant et sont de nature à en diminuer les conséquences fâcheuses. Admettant de plus que l'accouchement debout est impossible, HOHL en arrivait à nier, après KLEIN, la possibilité de fractures

spontanées du crâne dans l'accouchement rapide.

CASPER (1) refuse aussi toute valeur aux expériences de CHAUSSIER, mais combat les arguments de HOHL et leur oppose des faits indiscutables d'accouchements debout et de fractures du crâne consécutives. Il est d'une grande sévérité pour KLEIN : « Le mémoire qu'il a publié, dit-il, prouve seulement qu'il est dangereux de traiter une question avec une idée préconçue et qu'on a tort, quand on veut établir une théorie dans la science, de s'en rapporter à ce que les autres ont vu, au lieu de s'instruire des leçons de sa propre expérience. Et encore les gens que KLEIN a consultés sont presque tous tout à fait incompetents sur un point aussi difficile de la pratique obstétricale. »

Cette appréciation est sans doute excessive. Les données de KLEIN, sans avoir un caractère absolument scientifique, conservent cependant une réelle valeur par leur concordance avec les résultats des autres observateurs (TARDIEU). Les fractures du crâne résultant de la chute sont rares dans l'accouchement rapide et nous n'avons pu en trouver qu'un nombre restreint d'observations dans CASPER, DEVERGIE, TARDIEU, TOURDES (2), OLLIVIER d'Angers (3), JAYET (4). Nous empruntons la suivante à METZGER.

(1) CASPER, *op. cit.*, t. II, p. 561.

(2) TOURDES, Dictionnaire encyclop. des Sciences méd., art. Accouchement (Consid. médico-légales).

(3) OLLIVIER, d'Angers, *op. cit.*

(4) JAYET, Thèse de Paris, 1858.

OBSERVATION L. METZGER (1). — Une femme de la campagne, bien portante, robuste, qui était déjà accouchée deux fois avec facilité et promptitude, était arrivée vers le terme de sa troisième grossesse, lorsqu'elle résolut d'aller au marché dans une petite ville voisine. Ayant été surprise par les douleurs de l'accouchement, elle se hâta de ramasser ses marchandises, pour les transporter dans une maison appartenant à des personnes de sa connaissance. Pendant qu'elle s'en allait, la poche des eaux se rompit ; elle n'eut que le temps de gagner un coin retiré du marché pour s'appuyer contre un mur, les douleurs étant devenues de plus en plus insupportables. Mais aussitôt une contraction violente produisit l'expulsion brusque de l'enfant et du placenta, et leur chute sur *un pavé inégal*. La mère allait ramasser son enfant, lorsqu'elle fut surprise par une hémorragie très forte qui l'effraya au point qu'elle perdit connaissance. Revenue à elle, cette femme appela à son secours quelques personnes qui passaient près d'elle. On accourut aussitôt pour lui donner des soins, mais l'enfant fut trouvé mort, baigné dans le sang de sa mère, et en rapport avec le placenta par le cordon ombilical qui était intact.

L'autopsie fournit les résultats suivants : longueur du cadavre, 17 pouces ; longueur du cordon ombilical depuis l'ombilic jusqu'au placenta, 13 pouces seulement. Respiration parfaitement accomplie. Près de la grande fontanelle, au-dessus de l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche, on trouva une tumeur bleuâtre très considérable, renfermant une grande quantité de sang coagulé. La portion du pariétal gauche constituant l'angle antérieur et supérieur de cet os était complètement séparé de ce dernier par une

(1) METZGER, in DEVERGIE, Médecine légale, t. I, p. 451.

fracture qui s'étendait depuis le milieu de la suture sagittale jusqu'à la partie latérale de la suture coronale; cette solution de continuité portait trois fissures divergentes se dirigeant sur la partie postérieure du même os pariétal. Sur la partie de la dure-mère correspondant à la fracture existait un épanchement de sang coagulé de l'étendue d'une pièce de six francs.

Il est exceptionnel que la mort survienne avec cette rapidité, et un tel accident est loin d'être toujours fatal. « Il est même probable, dit VIBERT (1), que certaines de ces fractures, en forme de fissures, restent quelquefois méconnues et se consolident, sans que leur existence ait été soupçonnée. » Deux observations de JAYET (2) se rapportent à des enfants qui moururent, l'un de gastro-entérite, l'autre de bronchite capillaire, et dont les lésions crâniennes ne furent constatées qu'à l'autopsie.

Parfois la boîte osseuse résiste au choc qu'elle subit, mais l'ébranlement transmis aux organes qu'elle contient détermine soit une simple commotion cérébrale, soit des ruptures et des hémorragies méningées.

OBSERVATION LI. KOCH (3). — Une femme qui était à sa septième grossesse accoucha en wagon. L'enfant sortit tout à coup et tomba par terre en rompant le cordon. La mère le prit et se rendit à la salle d'attente d'où elle fut conduite en voiture à l'hôpital. L'arrière-faix sortit facilement. Le

(1) VIBERT, *op. cit.*, p. 514.

(2) JAYET, *op. cit.*, obs. I et II.

(3) KOCH, *op. cit.*, 1883, n° 96.

cordon mesurait 55 centimètres ; l'extrémité foetale n'avait pas saigné. L'enfant du sexe féminin avait 42 cm. de long et ne pesait que 1.960 gr. Mise dans une étuve, elle prit deux bains par jour et mourut le 11^e jour.

A l'autopsie, épanchement sanguin du volume d'une grosse noix auprès du lobe frontal droit, et tout à fait au-dessous des méninges, il avait en grande partie détruit les circonvolutions frontales.

L'hémorragie méningée n'est d'ailleurs pas un accident spécifique des accouchements rapides : elle peut être due, ainsi que l'a montré Richardière (1), au seul fait de l'expulsion.

4. *Accidents divers.* — Lorsque l'accouchement se produit dans les lieux d'aisances, aux dangers de la chute d'une hauteur variable viennent se joindre ceux de l'asphyxie par les gaz méphitiques et de la submersion par des matières liquides. Lorsque le nouveau-né peut être retiré vivant, il succombe souvent ultérieurement au refroidissement (TOUSSAINT)(2), ou à une pneumonie de déglutition.

L'observation suivante relate un accouchement qui s'est passé dans des conditions curieuses. Le manuel des gardes-malades de Berlin ne fait pas une prescription inutile quand il recommande de recouvrir d'un réseau les bains de vapeur donnés aux femmes enceintes.

(1) RICHARDIÈRE, *Médecine moderne*, 1890, p. 813.

(2) TOUSSAINT, *Annales d'hygiène publ. et de médecine légale*, 1872, 2^e série, t. XXXVII, p. 438.

OBSERVATION LII. STAES (1). — Une primipare souffre depuis huit heures du matin. L'accoucheur, appelé à deux heures de l'après-midi, ne constate pas d'imminence d'accouchement et quitte la femme vers deux heures et demie. Trente minutes après environ, on vient le chercher en toute hâte. Pendant son absence, la mère de cette femme, vieille matrone, voyant le travail se ralentir, fit lever sa fille, puis ayant fait bouillir de l'eau dans une grande marmite de fer, elle la fit tenir *debout, les jambes écartées au-dessus de cette source de vapeur d'eau*. Les douleurs reparurent immédiatement, vigoureuses, pressantes, continues, et l'enfant fut projeté dans la marmite où il tomba, le cordon s'étant rompu à environ dix centimètres de l'ombilic. Quand l'accoucheur arriva, il trouva la femme au lit, la marmite avait disparu, et il ne fut mis sur la trace de l'événement que par les brûlures qui couvraient le corps de l'enfant, lequel, du reste, succomba quelques heures après.

La rupture du cordon n'avait donné lieu à aucune hémorragie. L'enfant pesait environ 3.500 gr. La femme présentait une légère déchirure du périnée.

Enfin, dans les accouchements rapides, l'enfant est exposé à périr lorsque la mère, elle-même victime d'un des accidents que nous avons précédemment décrits, ne peut lui donner les soins nécessaires à sa conservation. Il en est de même lorsque la femme est privée de conscience ou de sensibilité par un état pathologique antérieur, ou dans ces cas où les phénomènes de l'expulsion sont si peu douloureux qu'elle accouche à son insu.

(1) STAES, *op. cit.*, obs. XIV, p. 54.

OBSERVATION LIII. BALEY (1). — Une jeune femme de 23 ans, primipare, parvenue au terme d'une grossesse absolument normale, ressent les premières douleurs à une heure du matin. Deux heures après, la dilatation était grande comme une pièce de deux francs environ, la poche des eaux intacte, la tête engagée. Les douleurs s'espaçant, l'auteur rentre chez lui et est appelé de nouveau à cinq heures du matin. Il interroge la patiente qui lui dit que les douleurs se rapprochent et sont plus fortes, mais une vieille matrone assise au coin du feu dit en souriant : « On voit bien qu'elle ne sait pas ce que c'est que d'accoucher, elle se fait illusion, les douleurs ne sont pas encore assez fortes. » En découvrant la femme pour pratiquer le toucher, l'accoucheur aperçoit l'enfant entre les jambes de sa mère, la tête plongée dans une mare de liquide amniotique, ne respirant pas, ne bougeant pas. Avec un bain chaud et quelques frictions sur la colonne vertébrale, il fut immédiatement rappelé à la vie.

L'entourage fut aussi surpris que l'auteur, et la mère la toute première. Interrogée, elle répondit : « Il m'a bien semblé sentir quelque chose couler comme de l'eau, mais je ne me doutais pas être accouchée, et la douleur à ce moment n'a pas été plus forte que les douleurs précédentes. » Pas de déchirure du périnée. L'enfant pesait 3.400 grammes.

OBSERVATION LIV. M^{me} HENRY (2). — La nommée T..., domestique, habitant la banlieue de Paris, vint à la Maternité le 6 décembre 1886, à 7 heures du soir. *Elle ne croyait pas être accouchée et se disait grosse de huit mois environ.* Elle ajouta que ce même jour, à cinq heures du soir, étant

(1) BALEY, *Médecine moderne*, 1898, t. IX, p. 508.

(2) M^{me} HENRY, *Annales d'hygiène publ. et de médecine légale*, 1887, 3^e série, t. XVIII, p. 548.

debout dans la cuisine, elle avait senti, sans malaise d'aucune sorte, qu'elle perdait de l'eau. Elle prévint ses maîtres qui envoyèrent chercher une voiture pour la conduire à la Maternité.

Avant de partir, elle sentit le besoin d'aller aux cabinets d'aisances; là elle n'éprouva pas de douleur, et n'observa rien de particulier. A son arrivée à la Maternité, elle parut tout à fait étonnée, lorsqu'après l'avoir examinée on lui dit qu'elle était accouchée; on vit que la partie inférieure de la vulve présentait quelques petites éraillures produites par le passage récent d'un fœtus assez volumineux; le périnée était intact. Le vagin contenait quelques caillots, le col était ouvert, mais reformé, l'utérus petit.

Les jambes et les vêtements de cette femme étaient souillés par du sang frais (la malade ne s'en était pas du tout rendu compte). Voyant cela, M^{me} HENRY pensa que le placenta venait d'être expulsé. En effet, en faisant des recherches, il fut trouvé devant la porte de la Maternité, à la place où cette femme était descendue de voiture. Il n'était pas altéré et pesait 320 gr. Le cordon avait été déchiré à 36 centimètres de l'insertion placentaire.

L'administration, prévenue de ce fait, fit faire des recherches immédiates pour savoir où était resté l'enfant; il fut trouvé mort dans les cabinets où cette femme s'était rendue avant de monter en voiture. Si on interroge cette femme, elle ne nie pas sa grossesse; elle renseigne même sur le terme qui serait, d'après elle, de huit mois. Elle affirme que, quoique secondipare, elle n'a pas senti passer son enfant.

DEUXIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

CHAPITRE PREMIER

L'ACCOUCHEMENT CLANDESTIN

Tous les faits que nous avons donnés en exemples dans la première partie de notre thèse ont trait à des femmes qui n'ont cherché à dissimuler ni leur grossesse, ni leur accouchement. La plupart se sont passés en présence de médecins ou de personnes dignes de foi ; les intentions des mères ne prêtaient à aucun soupçon, et quels qu'aient été les résultats fâcheux de plusieurs accouchements, aucune des parturientes ne pouvait être inquiétée.

Il n'en est pas de même lorsqu'une femme, se sachant enceinte, dissimule sa grossesse et réussit à accoucher clandestinement. Lorsque l'issue est fatale au nouveau-né, la rumeur publique a vite fait d'accuser d'infanticide prémédité une malheureuse qui n'a peut-être été qu'une imprudente. En des temps où la médecine légale n'était pas suffisamment armée

pour discerner les lésions accidentelles de celles que produit une main coupable, la céléation de grossesse et l'accouchement clandestin constituaient des preuves suffisantes de crime. Henri II, en février 1556, publia à ce sujet un édit qui fut en vigueur pendant plus de deux siècles :

« Estant deuement advertis d'un crime très énorme et
« exécrable, fréquent en nostre Royaume, qui est que plu-
« sieurs femmes ayant conçu enfans par moiens deshon-
« nestes, ou autrement, persuadées par mauvais vouloir
« et conseil, desguisent, occultent et cachent leurs gros-
« sesses sans en rien découvrir et déclarer. Et advenant le
« temps de leur part et délivrance de leurs fruits, occulte-
« ment s'en délivrent, puis les suffoquent, meurtrissent et
« autrement suppriment, sans leur avoir fait impartir le
« Saint Sacrement de Baptisme. Ce faict, les jettent en
« lieux secrets et immondes, ou enfouissent en terre pro-
« fane, les privans par tel moien de la sépulture coustu-
« mière des chrestiens. De quoy étant prévenues et accu-
« sées par devant nos juges, s'excusent, disans avoir eu
« honte de déclarer leur vice, et que leurs enfans sont
« sortis de leurs ventres morts et sans aucune apparence
« ou espérance de vie...

« Désirans extirper lesdits exécrables et énormes crimes.,
« disons, statuons et ordonnons que toute femme qui se
« trouvera deuement atteinte et convaincue d'avoir celé,
« couvert ou occulté tant sa grossesse que son enfantement,
« sans avoir déclaré l'un ou l'autre et avoir prins de l'un
« ou l'autre tesmoignage suffisant, même de la vie ou mort
« de son enfant lors de l'issue de son ventre..., soit telle
« femme tenue et réputée d'avoir homicidé son enfant,

« et pour réparation punie de mort et dernier supplice,
« et de telle rigueur que la qualité particulière du cas le
« méritera. »

De trois mois en trois mois, l'édit était publié à son de trompe par les carrefours et lieux publics et lu au prône des messes paroissiales. Une ordonnance de Louis XIV rappela aux curés et vicaires qu'ils ne devaient pas négliger cette publication.

L'ancien Code prussien punissait aussi la grossesse dissimulée, comme délit distinct de l'infanticide, de quatre à six ans de réclusion. Il n'admettait pas qu'une femme pût ignorer sa grossesse après la trentième semaine. D'après TAYLOR (1), la loi écossaise tient pour coupable d'un délit la femme enceinte qui a caché son état pendant toute sa durée, lorsque l'enfant dont elle est accouchée est trouvé mort ou a disparu.

De nos jours, la déclaration de grossesse est tombée en désuétude, mais sa célélation est toujours considérée comme une grave présomption d'infanticide. Certaines femmes n'ont pourtant que trop de raison de cacher leur état !

Considérées par la société comme valides, la plupart des filles-mères doivent subvenir à leurs besoins, sans compter sur les secours bien précaires que peut leur offrir l'Assistance publique ou privée. D'autre part, notre éducation sociale contraint ces

(1) TAYLOR, *op. cit.*, p. 581.

malheureuses à rougir en silence d'une faiblesse parfois passagère, car la révélation de leur faute leur fermerait toutes les portes. Leur accouchement doit rester ignoré, non seulement pour l'intégrité de leur honneur, mais encore pour que l'emploi qui leur donne du pain ne leur soit pas retiré. Prises des douleurs de l'enfantement en travaillant, lorsqu'elles sont sous la surveillance de leurs maîtres, elles luttent avec courage jusqu'au moment où elles peuvent s'éloigner. Seules, sans secours possible, torturées plus encore par leur situation morale que par les douleurs qu'elles ressentent, ne sont-elles pas dans les conditions les plus propices pour un accouchement rapide, et ne peuvent-elles en éprouver les conséquences fâcheuses aussi bien que leurs enfants? « Si leur affaiblissement n'est pas extrême, dit HUNTER (1), elles prennent la fuite au plus fort des douleurs, accouchent d'elles-mêmes en quelque lieu que leur effroi et leur confusion les aient portées à se réfugier, et demeurent évanouies, hors d'état par conséquent de veiller à ce qui se passe autour d'elles, et, en recouvrant leurs esprits, elles trouvent leur enfant expiré. Doit-on s'attendre à les voir divulguer leur secret quand il n'est plus d'aucune utilité? Leurs penchants les plus honnêtes ne leur font-ils pas une loi de sauver leur réputation? Elles se

(1) HUNTER, Lettre sur l'Infanticide. Trad. WORBE, in *Bulletin des sciences méd.*, t. V, p. 321.

hâtent donc de dérober, le mieux qu'il leur est possible, jusqu'aux moindres traces de l'événement, bien qu'instruites que, si on vient à le découvrir, cette conduite déposera contre elles. »

En pareil cas, c'est au médecin légiste qu'il appartient de détourner la main de la justice de la tête d'une innocente. Sans faire parade d'une philanthropie déplacée, il nous semble que l'expert ne saurait tenir un trop grand compte de la possibilité d'un accouchement rapide et des accidents qu'il détermine. Ces accidents sont rares sans doute, mais il suffit qu'ils existent pour faire rejeter les lois trop générales que certains auteurs avaient cru pouvoir établir.

Souvent la tâche est délicate. « Il faut bien se pénétrer de ces faits dans l'intérêt de l'innocence, dit DEVERGIE, mais il faut aussi s'en prémunir dans l'intérêt de la vérité. » Ainsi que nous l'apprennent les comptes-rendus des cours d'assises, la plupart des inculpées d'infanticide ne manquent pas d'invoquer la rapidité de leur accouchement, pour tromper la justice sur leurs manœuvres criminelles. L'homme de l'art ne doit pas être la dupe des vraies coupables ; son rôle est de rétablir les faits qu'elles dénaturent à plaisir pour donner à tous une explication et une excuse. Tout en admettant les données de la clinique, la sagacité de l'expert saura trouver dans l'analyse consciencieuse de chaque cas particulier les éléments d'une certitude ou d'un doute.

Dans cette seconde partie, nous allons suivre le médecin légiste dans son expertise, examiner avec lui les troublants problèmes qu'il peut avoir à résoudre relativement à la mère, au nouveau-né et à ses annexes, aux circonstances dans lesquelles s'est passé l'accouchement clandestin. Ce sera faire, en quelque sorte, le diagnostic différentiel de l'accouchement rapide et des lésions qu'il peut provoquer.

CHAPITRE II

INTERROGATOIRE ET EXAMEN DE LA MÈRE

Dans les affaires d'infanticide, les inculpées adoptent généralement un des modes de défense suivants : elles ont ignoré leur grossesse, elles ont accouché à leur insu, ou leur délivrance a été rapide et elles se sont trouvées dans l'impossibilité de secourir leur enfant. Dans quelle mesure ces explications sont-elles admissibles ?

§ I. — LA FEMME A-T-ELLE IGNORÉ SA GROSSESSE ?

Depuis que les Codes pénaux ne punissent plus la grossesse dissimulée, cette question a perdu beaucoup de son importance. Elle en a une cependant, quand une inculpée donne ce prétexte pour expliquer l'état d'incurie dans lequel elle s'est trouvée au moment de sa délivrance, ou quand elle prétend être accouchée inconsciemment. « La femme qui nie avoir soupçonné sa grossesse, dit TARDIEU (1), n'aura

(1) TARDIEU, *op. cit.*, p. 221.

pas grand effort à faire pour prétendre qu'elle a été surprise par les douleurs de l'enfantement, bien plus, qu'elle est accouchée sans le savoir. » Une telle ignorance, si elle était vraisemblable, serait d'ailleurs de nature à obtenir à une mère coupable des circonstances atténuantes : il importe donc de préciser dans quelles limites on peut ajouter foi à ses déclarations.

TARDIEU admettait que la grossesse pût être méconnue, mais seulement par des primipares très jeunes ou des femmes arrivées près de la ménopause. Nous devons à TAYLOR (obs. xv) et à M. BROUARDEL (obs. xvi) des observations de multipares qui ignorèrent leur état jusqu'au moment de l'accouchement : la parturiente de TAYLOR n'avait pas été enceinte depuis 19 ans, la cliente de M. BROUARDEL nourrissait un enfant. HOFMANN invoque, en plus de la primiparité et de l'âge avancé, la faiblesse intellectuelle, l'irrégularité des règles, certains états pathologiques qui ont trompé des médecins. Un diagnostic erroné donne une grande force aux dires d'une inculpée.

OBSERVATION LV. VIBERT (1). — Une jeune fille primipare, paraissant fort peu intelligente, était entrée à deux reprises dans un hôpital de Paris, où elle avait été admise comme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Pendant son second séjour à l'hôpital, elle accoucha dans les latrines d'un enfant à terme qu'elle précipita immédiatement dans la fosse. Elle

(1) VIBERT, *op. cit.*, p. 421.

assura qu'elle ne s'était jamais crue enceinte et qu'elle l'avait compris seulement, non pas pendant les douleurs de l'accouchement, mais au moment même où l'enfant était sorti. Cette fille, qui avait avoué son infanticide, paraissait sincère dans ses déclarations ; elle avait sans doute cru elle-même à l'interprétation que les médecins avaient donnée de son état.

La plupart du temps l'allégation de la femme est reconnue mensongère. La meilleure preuve qu'elle n'a pas ignoré sa grossesse, c'est qu'elle a tout fait pour la dissimuler ou l'interrompre. Son embonpoint avait frappé l'entourage : aux questions indiscreètes, elle a opposé d'énergiques dénégations ; aux sollicitations bienveillantes, son refus obstiné de consulter un médecin. En même temps elle a comprimé sa taille, modifié la forme de ses vêtements, taché de sang son linge pour faire croire à la persistance de ses menstrues. Parfois elle a eu la mauvaise inspiration d'acheter chez l'herboriste des drogues réputées abortives. Enfin, l'heure de la délivrance venue, elle est accouchée clandestinement.

De tels faits constituent un ensemble de preuves morales importantes, mais l'expert, du moins à l'avis de DEVERGIE et OLLIVIER, rapporté dans la consultation médico-légale suivante, devrait se contenter de les exposer sans émettre son avis personnel.

OBSERVATION LVI. DEVERGIE (1). — La fille X..., âgée

(1) DEVERGIE, *Annales d'hygiène publ. et de médecine légale*, 1832. 4^e série, t. VIII, p. 351.

de 36 ans, cuisinière, aurait ignoré sa grossesse jusqu'à la nuit du 31 juillet au 1^{er} août 1831, époque à laquelle elle était accouchée, fondée qu'elle était qu'un retard de six mois lui était survenu dans le cours de l'année dernière. Du reste elle n'avait jamais consulté de son propre mouvement aucun médecin sur sa position... Elle avait eu avec un nommé Z... des rapports intimes qui n'avaient cessé qu'au mois de janvier dernier. Plusieurs personnes lui avaient fait observer à plusieurs reprises qu'elle paraissait être enceinte et la femme T..., chez laquelle elle était restée pendant trois mois en qualité de domestique, l'avait renvoyée, non seulement parce qu'elle était enceinte, mais encore parce que son frère, médecin, avait visité la fille X..., et qu'il lui avait *déclaré, contre l'attestation de cette fille, qu'elle avait tous les symptômes d'une grossesse.* Ajoutons qu'étant accouchée d'un enfant fortement constitué il est impossible qu'elle ne l'ait pas senti exécuter des mouvements à dater du quatrième ou cinquième mois, car, dans presque tous les cas où une femme a ignoré sa grossesse, elle est accouchée avant le terme, de neuf mois, ou, si elle a conduit sa grossesse à terme, l'enfant était très débile et dans des conditions peu favorables à la viabilité.

Elle oppose à ces faits qu'elle était primipare, qu'elle avait eu l'année dernière un retard de six mois, qu'elle n'avait jamais cru à sa grossesse et que le docteur T... lui avait déclaré qu'il était loin de croire qu'elle fût enceinte, qu'il la regardait plutôt comme menacée d'un squirrhe ou d'une perte considérable de sang. Ces données étant plutôt du ressort de l'appréciation des jurés que des médecins experts, il nous suffit d'avoir fait connaître tous ceux qui militent pour et contre, et d'avoir établi la possibilité qu'une femme ignore sa grossesse.

§ II. — LA FEMME EST-ELLE ACCOUCHEE INCONSCIEMMENT

Il est certain qu'une femme peut accoucher à son insu quand elle est privée de conscience ou de sensibilité par un état pathologique : aliénation mentale, manie puerpérale, épilepsie, hystérie, accès éclamptiques. Les cas de ce genre sont rarement soumis à l'appréciation du médecin légiste, mais, lorsque le fait se produit, les commémoratifs et les symptômes plus ou moins persistants de l'affection éclairent vite le diagnostic.

Parfois la femme accouche inconsciemment à la faveur d'une syncope passagère, ainsi que l'ont observé DEPAUL (obs. xxv), MAYGRIER (obs. xxvi), KIPROFF. L'interprétation de faits semblables est en médecine légale d'autant plus délicate que la cause de la syncope est souvent obscure. Une cliente de DEPAUL (1), chaque fois que l'utérus se contractait, tombait dans un état de somnolence et d'insensibilité complète qui disparaissait avec la contraction. L'accouchement se termina sans qu'elle s'en fût pour ainsi dire doutée. De tels cas, il faut bien le dire, sont des raretés pathologiques, et un expert ne saurait en accepter d'analogues sans une sévère discussion. Nous reproduisons plus loin une observation de

(1) DEPAUL, Dictionnaire encycl. des Sciences méd., *art.* Accouchement, t. I, p. 359.

M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE, dans laquelle il expose les circonstances spéciales qui lui firent admettre la possibilité de cet accident (obs. LVIII).

Il est incontestable pour TAYLOR (1) qu'une femme peut accoucher inconsciemment pendant un profond sommeil. Les auteurs français sont très réservés sur ce point, et n'attribuent qu'une valeur restreinte aux observations anglaises.

Mais est-il possible que l'accouchement soit inconscient chez une femme en pleine santé et à l'état de veille? Nous savons que le travail peut s'effectuer avec un minimum de douleurs, que, celles-ci étant mal interprétées, la femme peut accoucher lorsqu'elle croit remplir une autre fonction. S'ensuit-il qu'elle ne s'apercevra pas de sa délivrance? D'après TOURDES et METZQUER (2), la parturiente peut ignorer le fait de l'enfantement, mais cette ignorance ne saurait se prolonger. La perte de sang, la diminution de poids de l'abdomen, la sensation de vide succédant à l'expulsion de l'enfant, les cris du nouveau-né préviennent la mère de ce qui s'est passé. Si elle n'a pas su qu'elle accouchait, elle apprend vite qu'elle est accouchée.

Ces arguments sont certainement pleins de force et applicables à la presque totalité des cas. Cependant la bonne foi des femmes citées dans les obser-

(1) TAYLOR, *op. cit.*, p. 592.

(2) TOURDES et METZQUER, *Traité de Méd. légale*, 1896, p. 298.

vations de CORIN (obs. XLIV), BAILEY (obs. LIII), M^{me} HENRY (obs. LIV), semble, pour différentes raisons, à l'abri de tous soupçons. Et, vu ces exemples, nous ne croyons pas que des faits identiques puissent être niés *a priori* sans examen circonstancié. C'est surtout dans ces cas que la sensibilité de la filière pelvi-génitale doit être examinée avec soin. Les parturientes dont nous parlons avaient-elles une anesthésie localisée comme la cliente de M. BROUARDEL (obs. XXXI) ? Il est regrettable que les auteurs soient muets sur ce point et nous n'hésitons pas à reconnaître que cette lacune ôte aux observations précitées une partie de leur valeur.

Il est d'ailleurs exceptionnel que les inculpées songent à produire de telles explications. Leur système de défense est infiniment plus simple et pour ainsi dire stéréotypé. « Subitement, disent-elles, elles ont été prises par les douleurs, et n'ont pu aller plus loin. Debout, agenouillées, accroupies ou assises sur le siège des lieux d'aisances, elles ont accouché brusquement. Tantôt l'enfant est venu mort, tantôt il est tombé et s'est tué dans sa chute, tantôt elles ont éprouvé elles-mêmes une faiblesse, une perte de connaissance et ont été hors d'état de donner au nouveau-né les soins nécessaires. Quand elles sont revenues à elles, elles n'ont trouvé qu'un cadavre. »

§ III. — L'ACCOUCHEMENT A-T-IL ÉTÉ RAPIDE ?

Envisagé d'une manière générale, l'accouchement clandestin est ordinairement rapide. Des considérations exposées plus haut sur l'état moral d'une parturiente qui craint d'être surprise nous avaient déjà permis de le penser. D'autre part, un travail prolongé, laborieux, ne permet pas à la femme de s'isoler pendant toute sa durée et ne peut se dissimuler qu'au moyen d'une faculté de résistance à la douleur et à l'épuisement vraiment exceptionnelle.

Dans chaque cas particulier, l'inculpée sera interrogée sur les circonstances de l'expulsion. A quelle époque de la grossesse se croyait-elle arrivée? A-t-elle été surprise par le travail avant le terme qu'elle s'était fixé? Combien de temps a-t-elle souffert et quels ont été les caractères de ses douleurs? En quel lieu et en quelle position est-elle accouchée? L'expert pourra s'enquérir des antécédents obstétricaux de sa famille, de son passé pathologique, de la durée de ses accouchements antérieurs, s'il y a lieu. Il notera son aspect général, sa démarche, la conformation des diverses parties du corps, les signes extérieurs d'un rétrécissement pelvien. Le bassin sera exploré et mesuré. La résistance des parties molles, les déchirures plus ou moins étendues qu'elles présentent seront relevées avec soin.

L'examen de l'enfant pourra confirmer utilement ces premiers éléments de l'expertise. Sa longueur, son poids, son âge ne seront pas négligés. Les femmes privées de soins pendant leur grossesse et soumises à de pénibles travaux peuvent, en effet, accoucher prématurément, et lorsqu'elles conduisent leur grossesse à terme, elles ont des produits peu volumineux. Il nous paraît résulter d'un travail statistique entrepris avec M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE que, dans les accouchements clandestins, les enfants sont généralement petits. Sur 37 nouveau-nés à terme qui furent en ces dernières années l'objet d'expertises de notre Maître,

2 pesaient moins de 2.000 grammes.

13 — de 2.000 à 2.500 —

17 — de 2.500 à 3.000 —

5 — plus de 3.000 —

Le poids moyen de ces enfants était de 2.570 gr. M. BROUARDEL (1) constate aussi que le poids des petits cadavres qu'il voit à la Morgue oscille entre 2.000 et 2.500 gr. Même en majorant ces chiffres de 400 gr. environ, pour représenter l'évaporation qui se produit chez certains sujets avant l'autopsie, la plupart des enfants nés clandestinement n'atteignent pas le poids moyen d'un nouveau-né à terme, évalué à 3.200 ou 3.300 gr. par DEPAUL, M^{me} ALLIOT, TOUR-

(1) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 26.

DES et LACASSAGNE. Ces résultats ne présentent-ils pas une singulière concordance avec ceux que nous avons donnés à propos de l'accouchement rapide ?

Les diamètres de l'enfant seront aussi mesurés et comparés aux diamètres pelviens de la mère ; la présence d'une bosse sanguine plus ou moins volumineuse déterminera la présentation et établira que le travail a duré un certain temps. Néanmoins il ne faudrait pas oublier que des accouchements rapides se sont produits avec des fœtus très volumineux, et que la dernière phase seule de l'accouchement, l'expulsion, peut être rapide. L'étroitesse relative du bassin, la présence de la bosse séro-sanguine ne sauraient infirmer d'une façon absolue les dires d'une accouchée qui prétendrait que l'enfant est sorti brusquement.

§ IV. — LA MÈRE A-T-ELLE ÉTÉ HORS D'ÉTAT DE DONNER A SON ENFANT LES SOINS NÉCESSAIRES ?

Dès les premières heures de la vie, de multiples dangers de mort menacent le nouveau-né, qui succomberait rapidement, si des soins intelligents ne lui étaient prodigués. Dans la position où il naît le plus ordinairement, sa face tout entière plonge à la sortie de la vulve dans les liquides qui se sont écoulés et s'écoulent encore de l'utérus, et il risque d'être asphyxié. Il faut souvent le dégager des anses du

cordon, des lambeaux de membranes qu'il a pu entraîner, le débarrasser des mucosités qui obstruent ses premières voies respiratoires. Il doit enfin être rapidement préservé du froid auquel il est très sensible.

La mère a-t-elle été hors d'état de prévoir et de donner ces soins au nouveau-né, ou en les omettant *volontairement*, a-t-elle été la cause de sa mort ? La seconde partie de la question, par le fait même qu'elle envisage les intentions de la prévenue, est extra-médicale. Le devoir de l'expert est néanmoins d'exposer les divers motifs qui peuvent faire admettre ou rejeter les excuses alléguées.

Une femme primipare peut ignorer les premiers devoirs de la maternité, et son ignorance est d'autant plus excusable qu'elle ne pouvait se renseigner, sans éveiller en même temps des soupçons sur une grossesse qu'elle voulait cacher. Sans doute le bon sens naturel doit lui apprendre que, si elle veut conserver la vie de son enfant, elle ne doit pas le laisser sous ses couvertures, dans le vase où il est tombé, dans la mare de liquide amniotique et de sang qui s'est formée entre ses cuisses. Mais lorsque le nouveau-né vient au monde dans ses membranes, lorsque ses voies aériennes sont obstruées, connaît-elle les dangers qu'il court et les moyens pourtant simples d'y remédier ?

OBSERVATION LVII. HOFMANN (1). — Une personne, se trouvant dans un coupé de chemin de fer avec deux jeunes filles adultes, avait mis au monde un enfant ayant 44 cm. de long et pesant 1.800 grammes, enveloppé dans une poche amniotique intacte. L'enfant mourut asphyxié et la mère fut poursuivie pour infanticide.

L'accusée et les deux témoins déclarèrent qu'elles ignoraient ce qu'était cette masse et ce qu'il fallait en faire. Cette assertion ne put être contestée dans le rapport, et pour cette raison on dut abandonner l'accusation.

OBSERVATION LVIII. *Inédite*. — (Due à l'obligeance de M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE). — Je soussigné, E. PERRIN DE LA TOUCHE, commis par ordonnance de M. le Juge d'instruction de Rennes, en date du 24 mars 189., ainsi conçue :

« Vu la procédure suivie contre la nommée T..., inculpée d'infanticide.

« Commettons M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE à l'effet de se transporter avec nous en la commune de M..., pour y procéder à l'autopsie de l'enfant de la fille T... et nous faire connaître dans un rapport quelles peuvent être les causes de la mort. »

Ai, serment préalablement prêté, procédé, le 24 mars 189., à l'autopsie dudit enfant.

Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, bien conformé, mesurant 50 centimètres de longueur et pesant 2.850 grammes. Le cordon ombilical est coupé à 10 cm. de l'abdomen et présente un nœud près de son extrémité libre.

L'enfant a été lavé et débarrassé de son enduit sébacé.

La putréfaction n'est pas commencée.

Il n'existe pas sur les différentes parties du corps, et

(1) HOFMANN, *op. cit.*, p. 536.

notamment sur la face et le cou, de plaies, d'érosions, d'ecchymoses, ni d'autres marques extérieures de violence.

On ne constate pas non plus de traces de violences dans les parties profondes du cou.

La bouche ne renferme pas de corps étrangers.

Le pharynx tout entier et la partie postérieure des fosses nasales sont absolument remplis par des mucosités très adhérentes qui obstruent également l'orifice du larynx dans lequel elles se prolongent un peu. Ces mucosités se présentent sous l'aspect d'une substance épaisse, visqueuse, extrêmement tenace, transparente en certains points, ailleurs légèrement teintée en rouge brun et mélangée de quelques flocons blanchâtres. Ce bouchon muqueux n'est un peu aéré qu'à sa périphérie, où l'on voit quelques bulles d'air disséminées, soit isolément, soit en petits groupes.

Les poumons, peu volumineux, présentent une douzaine d'ecchymoses sous-pleurales. Ils sont rosés par places, où l'on voit des alvéoles remplis d'air, se présentant sous l'aspect de petites perles brillantes extrêmement fines et contiguës. En d'autres points, ils sont d'un rouge foncé et paraissent presque complètement lisses, mais en regardant attentivement, on voit encore çà et là quelques groupes très petits de vésicules pulmonaires dilatées avec leur aspect brillant caractéristique. Les poumons plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus surnagent. Isolés, ils surnagent également, ainsi que chacun de leurs fragments, même ceux appartenant aux zones rouge foncé. En comprimant les fragments pulmonaires au-dessous de l'eau, on en fait sortir une foule de vésicules gazeuses extrêmement fines qui viennent se réunir en groupe à la surface du liquide, mais les vésicules gazeuses ainsi obtenues sont beaucoup moins nombreuses avec les régions foncées sus-indiquées.

La trachée et les bronches ne contiennent que fort peu de mucus; le parenchyme pulmonaire renferme une faible quantité de sang et d'écume.

Le cœur ne présente pas d'ecchymoses sous-péricardiques. Les cavités renferment du sang liquide.

L'estomac est abondamment rempli de mucus non mélangé de gaz. Ce mucus est brunâtre et mélangé de flocons blancs, chatres.

L'intestin grêle est vide. Le gros intestin est en totalité rempli de meconium.

Le foie, la rate, les reins et les autres viscères abdominaux ont leur aspect normal.

Il existe sous le cuir chevelu une bosse séro-sanguine peu volumineuse dans la région pariéto-occipitale gauche.

Les os du crâne ne sont pas fracturés. Les méninges sont très congestionnées. Le cerveau ne présente pas d'altérations.

Le maxillaire inférieur contient de chaque côté quatre alvéoles très nettement cloisonnées. Il existe dans l'extrémité inférieure de chaque fémur un point osseux de 4 millimètres de diamètre.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, parvenu au terme normal de la gestation ;

2° Cet enfant a respiré et par conséquent vécu de la vie extra-utérine ;

3° Le cadavre ne porte aucune trace de violences ;

4° La mort a été le résultat d'une asphyxie produite par l'obturation presque complète de la portion pharyngée des voies aériennes par des mucosités.

Le plus souvent, la femme, ne pouvant exciper de son inexpérience, prétend qu'elle a éprouvé après

l'expulsion une hémorragie considérable et a perdu connaissance. L'expert appréciera la quantité de sang répandue dans le lieu de l'accouchement et sur les vêtements de l'inculpée, si toutefois les objets souillés n'ont pas été nettoyés et lavés pour faire disparaître toute trace de l'événement. Il recherchera si la femme présente encore quelques symptômes d'anémie. Enfin M. BROUARDEL fait remarquer que l'hémorragie dure un certain temps, et que, dans des cas où elle a eu une issue fatale, des mères ont pu, avant de mourir, porter une main criminelle sur leur enfant. Il n'est donc pas démontré qu'une femme, qui invoque une telle excuse avec quelque apparence de raison, n'a pas été en mesure d'accomplir l'acte qui eût sauvé le nouveau-né. Cependant, si aucun autre fait de l'instruction ne s'y oppose, le doute doit lui profiter.

La perte de connaissance sans hémorragie utérine abondante trouve moins de crédit auprès des médecins légistes. Pour TARDIEU, l'hémorragie est la seule cause de syncope admissible au moment de l'accouchement. HOFMANN, s'appuyant sur l'autorité de plusieurs accoucheurs, SCHRÖDER, CHAILLY HONORÉ, NEGELE et GRENSER, croit que le passage de la tête suffit à produire un évanouissement, surtout lorsque les parties génitales subissent une distension très rapide et très douloureuse. M. BROUARDEL, qui n'a pas observé un seul cas de ce genre dans sa prati-

que obstétricale, s'étonne à bon droit que FREYER signale la syncope 34 fois sur 165 accouchements, et pense que l'accoucheur de Berlin n'attache pas à ce terme la signification que nous lui donnons. Il admet néanmoins que la femme qui accouche clandestinement peut se trouver dans un état de fatigue, d'épuisement, de défaillance, qui la rend incapable de secourir son enfant.

De l'exposé que nous venons de faire, il est impossible de dégager une loi générale. Seules les circonstances d'un fait particulier permettront de répondre parfois affirmativement à la question posée.

OBSERVATION LIX. Professeur PERRIN DE LA TOUCHE (1). — Le 13 février 1894, j'étais commis à l'effet de pratiquer l'autopsie d'un enfant nouveau-né dont la mort semblait suspecte, puis d'examiner la mère, en recevoir et en apprécier les explications.

Voici brièvement les principaux renseignements fournis par l'autopsie pratiquée le surlendemain de l'accouchement.

Nouveau-né du sexe masculin, à terme; longueur de 49 centimètres; poids, 2.470 grammes. Cordon coupé à 28 centimètres de l'abdomen, portant une ligature et de plus un nœud fait avec le cordon lui-même.

Pas de traces extérieures ou profondes de violences quelconques, notamment du cou et du thorax; pas de corps étrangers dans les voies aériennes.

Très petite quantité d'écume dans la trachée et les bron-

(1) PERRIN DE LA TOUCHE, *Bulletin de la Soc. de méd. lég. de France*, 1899, t. XVI, p. 43.

ches ; trois petites ecchymoses sous-pleurales punctiformes sur le bord antérieur du poumon droit. Les poumons ont nettement respiré. Le cœur renferme un peu de sang liquide. Rien de particulier dans tous les autres organes.

Légère bosse sanguine de la région occipitale.

En résumé, enfant ayant respiré, présentant les lésions ordinaires de la mort par asphyxie, et ne portant aucune trace de violences.

La mère, que je pus voir chez elle, habitait seule dans une mansarde interposée entre deux logements occupés par des familles d'ouvriers. C'était une pauvre couturière d'environ vingt et un ans, chétive, petite et bossue. Elle n'aurait pas, paraît-il, caché sa grossesse, qui était la première, et en aurait fait la confidence à ses voisines ; elle comptait aller faire ses couches à l'hôpital.

Le dimanche 11 février, elle aurait ressenti quelques malaises et des coliques dans la matinée, mais n'y aurait pas prêté une grande attention, souffrant déjà plus ou moins depuis longtemps. L'après-midi, les douleurs devenant plus intenses, elle se douta enfin qu'elle allait accoucher et appela, mais en vain, ses voisins partis en promenade.

Au bout de fort peu de temps, la tête arriva à la vulve ; elle pouvait la toucher avec la main. Les douleurs redoublant plus vives, elle se coucha, croyant être rapidement délivrée. Mais, dans sa naïveté de jeune primipare, elle avait compté sans cette phase que le professeur BUDIN a si bien nommée « la période du désespoir », où la vulve s'entr'ouvrant à chaque instant fait croire à une expulsion qui souvent tarde encore longtemps.

Au bout d'une attente dont elle ne peut fixer la durée, mais qui lui parut fort longue, en raison des douleurs atroces qu'elle endurait, elle fut prise de peur, croyant

qu'elle allait mourir si l'enfant tardait encore à sortir. Après avoir encore désespérément appelé en vain une dernière fois à son secours, elle résolut d'agrandir cet orifice dont l'étroitesse ne pourrait jamais, croyait-elle, livrer passage à la tête. Alors elle prend ses grands ciseaux de couturière, en introduit, aussi profondément qu'elle peut, une branche entre la partie inférieure de sa vulve et la la tête, la conduisant sur son doigt pour ne pas blesser son enfant, puis, avec les deux mains, elle ferme brusquement les ciseaux.

A partir de ce moment, la jeune fille dit avoir perdu complètement connaissance et ne pas savoir ce qui s'est passé ensuite.

Quand elle est revenue à elle, au bout d'un temps qu'elle ne peut préciser, elle a trouvé l'enfant et le placenta entre ses cuisses. Alors elle a coupé le cordon, lui a fait d'abord un nœud, puis, ayant pris du fil sur une table voisine de son lit, lui a mis une ligature. Elle a ensuite remué son enfant, l'a essuyé avec ses draps, mais il n'a donné, dit-elle, aucun signe de vie. Peu de temps après, entendant ses voisins rentrer, elle les a appelés et leur a fait connaître ce qui lui était arrivé en leur absence.

L'examen génital m'a montré une vulve extrêmement tuméfiée, présentant, conformément au récit, une plaie à bords nets, manifestement produite par un instrument coupant, et partant de la commissure postérieure. Cette plaie, régulière, d'environ deux centimètres et demi de hauteur, se dirige un peu obliquement vers la gauche, et se continue par une vaste déchirure du périnée qui vient se terminer sur le côté gauche de l'anus, en épargnant le sphincter. En un mot, cela réalisait l'incision préconisée par TARNIER, et, sauf l'étendue, la déchirure idéale, n'intéressant pas le rectum.

En présence de cette auto-épisiotomie (intervention encore inconnue jusqu'ici, je crois, même dans les accouchements clandestins, et qui n'a pas dû s'exécuter sans quelque douleur, mais surtout sans une certaine émotion), en présence de l'état de santé misérable de la pauvre petite bossue, je crus pouvoir terminer mon rapport ainsi :

« A part la plaie du périnée par instrument coupant, il m'est impossible de vérifier si les autres allégations de la fille X... sont exactes. Néanmoins, je crois les faits qu'elle raconte admissibles, qu'une syncope a pu survenir au moment de l'accouchement dans ces conditions spéciales, et que, par suite, l'enfant a pu succomber à une asphyxie accidentelle entre les cuisses de sa mère. »

En présence de ces conclusions et des renseignements fournis par la police, le Parquet ne poursuivit pas l'information.

CHAPITRE III

EXAMEN DES ANNEXES

Dans les accouchements rapides, certains accidents du nouveau-né supposent un accident préalable des annexes. L'examen du délivre revêt de ce fait en médecine légale une grande importance.

Pour que l'enfant tombe sur le sol et se brise le crâne, pour qu'il s'engage dans les conduites des lieux d'aisances, il faut que le placenta ait été expulsé simultanément, ou que le cordon se soit rompu. VIBERT (1) observe toutefois que « ce dernier peut être assez long pour permettre le choc de la tête fœtale contre le sol, la mère accouchant debout ou accroupie. On doit, dans chaque cas particulier, vérifier si cette explication est admissible et concorde avec la position que la mère dit avoir eue au moment de l'expulsion ».

Lorsque le fœtus est encore relié au placenta par un cordon intact, il n'est pas invraisemblable que l'accouchement se soit effectué en un temps. Lors-

(1) VIBERT, *op. cit.*, p. 501.

que le cordon présente une ou plusieurs solutions de continuité complètes ou incomplètes, la question se pose de savoir si ces lésions sont accidentelles ou ont été produites volontairement. Cette dernière hypothèse, quand elle est démontrée, rend inacceptable nombre de déclarations des inculpées : elles allégueraient vainement en pareille occurrence qu'elles ne se sont pas aperçues de leur accouchement, ou que leur enfant s'est tué dans une chute. Malheureusement le diagnostic étiologique des lésions du cordon présente parfois de grandes difficultés.

On ne saurait à cet égard attribuer une indiscutable valeur au siège de la solution de continuité. La mère a pu diviser le cordon avec un instrument, le rompre, soit en saisissant fortement ses deux extrémités, soit en tirant d'une main sur l'extrémité placentaire, l'autre prenant point d'appui sur le corps de l'enfant. Dans le premier cas la division porte sur un point quelconque ; dans le second, la rupture se fait à la partie moyenne ; le dernier procédé enfin se rapproche singulièrement des conditions de la rupture spontanée. Nous avons exposé d'autre part les divergences des auteurs au sujet du point où se fait cette rupture spontanée. Bien que la plupart soient d'accord aujourd'hui pour admettre qu'elle se produit près d'une extrémité quand le cordon est de longueur normale, et à la partie moyenne lorsqu'il est court, il est dangereux, croyons-nous, d'ériger ce

phénomène en loi invariable : un point faible du cordon, une circulaire peuvent singulièrement modifier ses conditions de résistance.

Il serait peut-être aussi téméraire, après avoir éprouvé la ténacité des fragments du cordon, de tirer toujours une ferme conclusion de la force employée à les rompre. Certains cordons sont d'une fragilité particulière, et leur rupture spontanée est facilement admissible. Dans d'autres cas, les fragments confiés à l'expert paraissent très résistants : il n'en est pas moins vrai cependant que la tige funiculaire a pu se rompre en un point faible.

L'étude la plus utile est celle de la solution de continuité. Lorsque le cordon a été coupé, la section est ordinairement nette, franche, perpendiculaire ou très peu oblique par rapport à l'axe de l'organe. Les trois vaisseaux apparaissent sur un même plan et sont béants. Lorsque le cordon s'est rompu spontanément, la plaie est irrégulière. La gaine amniotique est taillée en biseau; fréquemment la partie de la circonférence où la rupture a commencé est en ligne droite, puis la surface devient très oblique et aboutit à une extrémité effilée en bec de flûte, présente parfois plusieurs languettes. Les vaisseaux ne sont pas rompus au même niveau : plus élastiques que la gaine, ils ont été tirillés, et leur extrémité est en retrait ou débordé la surface.

La distinction paraît bien tranchée, mais il est des

cas intermédiaires où le diagnostic est presque impossible : c'est lorsque le cordon est coupé avec un mauvais couteau, ou déchiré par des tractions faites aux extrémités. Cette rupture par traction est difficile : CASPER a pu se rendre compte que le cordon ne cède qu'à des secousses fortes et répétées. La déchirure est beaucoup plus aisée, quand elle est amorcée par un coup d'ongle, mais l'encoche unguéale se confond avec la surface de rupture et ne peut être reconnue. Le médecin-légiste pourra constater parfois sur les fragments qu'il examine des lésions accessoires d'une certaine importance, telles que d'autres coups d'ongle, des empreintes digitales sur la gélatine de WHARTON. Les lésions accessoires, seules, d'après SAINT-CYR (1), permettent de distinguer les ruptures spontanées des ruptures par tiraillement.

Il existe quelques observations dans lesquelles, la rupture spontanée s'étant produite devant témoins, la surface de séparation parut absolument nette et horizontale, comme si elle avait résulté de l'action d'un instrument tranchant.

OBSERVATION LX. TISSIER (2). — Une femme secondipare accoucha debout, immédiatement après son arrivée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. L'enfant tomba et le cordon ombilical se rompit à un centimètre de l'ombilic. Le cordon mesurait 41 centimètres de longueur ; l'enfant

(1) SAINT-CYR, Thèse de Lyon, 1891-92. Série I, n° 626, p. 39.

(2) TISSIER, *Revue de méd. lég. et de jurispr. méd.*, 1899, p. 14, et *Annales d'hygiène publ. et de méd. lég.*, 1899, 3^e série, t. XLI, p. 77.

pesait 2.670 grammes. La section du cordon, au lieu de présenter l'aspect ordinairement décrit, était absolument nette et horizontale. Les artères et la veine étaient coupées au même niveau, la gaine amniotique ne présentait aucune frange, et la gélatine de WHARTON était sectionnée sur le même niveau que les vaisseaux. Si la rupture ne s'était pas produite devant de nombreux témoins, on aurait pu être conduit, en présence d'une section aussi nette, à soupçonner l'intervention d'un instrument tranchant.

TAYLOR cite un exemple analogue d'HIGGINSON. Il faut reconnaître d'ailleurs que ces faits sont absolument rares.

En plus de la solution de continuité, peuvent exister d'autres déchirures partielles du cordon. Les expérimentateurs, d'accord sur ce point avec la clinique, ont démontré qu'une traction unique suffit à produire ces multiples lésions. SAINT-CYR (1) pense même que la multiplicité des déchirures intéressant au moins toute la paroi de l'enveloppe plaide en faveur d'une cause accidentelle. Sur les nombreux cordons que cet auteur a examinés au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon, il a pu remarquer que, dans les cas d'infanticide, « ce ne sont pas de fortes entailles, ni même de petites déchirures que l'on trouve le plus souvent, mais des coups d'ongles assez superficiels et ne traversant pas ordinairement l'enveloppe ». A ce sujet, l'observation suivante nous paraît digne d'attention.

(1) SAINT-CYR, *op. cit.*, p. 32.

OBSERVATION LXI. KOCH (1). — Une primipare de 25 ans entre en travail à la fin du huitième mois de sa grossesse. Après avoir éprouvé de fréquentes douleurs lombaires dans l'après-midi, elle se rend le soir aux lieux d'aisances, pressée par le besoin de déféquer. Elle s'y assied, l'enfant sort brusquement, et, quoiqu'elle voulût, dit-elle, l'arrêter en passant la main entre ses jambes, il tomba dans la fosse en rompant le cordon. Bien qu'elle l'entendit crier, elle quitta les lieux et monta dans sa chambre située un étage plus haut. Sa maîtresse étant entrée chez elle par hasard, elle lui raconta l'événement. Le placenta sortit spontanément peu de temps après qu'elle fut couchée. Au dire des témoins, l'enfant cria dans la fosse encore quelque temps, puis mourut étouffé par les inspirations qu'il fit dans les matières, si bien que les recherches ordonnées par la maîtresse pour le sauver furent inutiles. Admise à l'hôpital le septième jour, la mère ne présentait que de faibles lésions vulvaires. Les suites de couches furent bonnes, sauf un jour de fièvre.

Deux experts firent l'autopsie de l'enfant. Il avait 45 cm. de long, pesait 1.950 gr., avait les poumons pleins d'air et ne présentait pas de lésions. Cherchant à caractériser les lésions du cordon, les experts dirent qu'il avait été séparé avec un instrument tranchant (couteau ou ciseaux). A la suite de leur rapport, la fille fut accusée d'avoir causé la mort de son enfant, non par négligence, mais avec préméditation.

Le cordon, d'épaisseur moyenne, très enroulé, était rompu à 25 cm. de l'ombilic. A la partie fœtale se trouvaient, en plus du point de séparation, trois lésions dont deux intéressaient seulement la gaine amniotique, et la troisième la moitié de l'épaisseur du cordon, avec rupture d'une artère

(1) KOCH, *loc. cit.*, 1895, n° 397.

et de la veine. Ces lésions avaient des bords assez nets, peu déchiquetés, tandis qu'à l'endroit de la séparation la gaine était déchiquetée, les vaisseaux proéminents. Les médecins légistes furent amenés à leur conclusion par la quantité des lésions, les bords relativement lisses de trois d'entre elles, enfin le lieu inaccoutumé de la séparation : dans la majorité des accouchements précipités, en effet, le cordon se déchire ordinairement juste au placenta, ou près de l'ombilic.

Un rapport de la direction de l'école des sages-femmes, demandé à ce sujet, établit, en s'appuyant essentiellement sur ce qui avait été trouvé au point de séparation, que les lésions étaient dues, sans aucun doute, non à un instrument tranchant, mais à la chute de l'enfant. Après un nouvel examen, les experts donnèrent un second rapport qui concluait dans ce sens. La fille fut condamnée, pour infanticide par négligence, à six semaines de prison.

Une nouvelle difficulté surgit lorsque l'expertise a lieu longtemps après l'accouchement. Par suite de son séjour plus ou moins long à l'air libre, dans la terre, dans un coffre, le cordon peut être aplati, desséché, mince, sans forme précise pouvant permettre une constatation. CASPER conseille, dans ce cas, de tremper le cordon dans l'eau. Il y reprend une partie de son volume, mais il reste flasque, d'aspect lavé; les bords des surfaces de séparation sont mous et recroquevillés.

STAES a préconisé dans sa thèse un procédé dû au professeur CASTIAUX, de Lille. Il consiste à plonger les fragments du cordon dans une solution aqueuse d'acide acétique à 3 p. 100. Du vinaigre étendu d'eau

pourrait même suffire. Au bout d'un temps variant de quatre à dix jours, le cordon a repris son aspect.

SAINT-CYR trouve cette méthode un peu lente et lui préfère son procédé à l'ammoniaque. Ce corps est très avide d'eau. En imprégnant d'ammoniaque un cordon sec pendant trois ou quatre heures, et en le plongeant ensuite dans l'eau pendant douze heures, le cordon devient presque turgide et met en évidence, avec une netteté parfaite, les diverses lésions dont il peut être le siège.

CHAPITRE IV

EXAMEN ET AUTOPSIE DU NOUVEAU-NÉ. CAUSES ET CIRCONSTANCES DE SA MORT

Dans les inculpations d'infanticide, l'examen du nouveau-né et son autopsie minutieuse sont pour le médecin légiste les meilleurs éléments d'appréciation et lui permettent, en général, de reconnaître si la cause de la mort suspecte est naturelle, accidentelle ou criminelle.

L'enfant peut succomber *in utero* et le seul fait de sa naissance est pour lui un danger de mort. A Berlin, d'après CASPER (1), $1/25$ des enfants légitimes et $1/12$ des enfants illégitimes naissent mort-nés. HOFMANN (2) remarque aussi que le nombre des mort-nés est presque deux fois plus grand parmi les enfants adultérins que parmi les enfants légitimes. D'après TAYLOR (3), la proportion de la mortinatalité varie de $1/8$ à $1/20$ pour les naissances légitimes,

(1) CASPER, *op. cit.*, t. II, p. 550.

(2) HOFMANN, *op. cit.*, p. 560.

(3) TAYLOR, *op. cit.*, p. 677.

de $1/8$ à $1/10$ pour les illégitimes. Enfin M. BROUARDEL (1) établit, d'après des statistiques de Genève, d'Allemagne et de France, que la proportion des mort-nés est de 5 p. 100 dans les naissances légitimes, de 10 p. 100 dans les naissances illégitimes, de 20 p. 100 dans les accouchements clandestins. Nous ne nous attarderons pas à expliquer le pourquoi de ces différences; il nous suffit de constater que, si l'enfant n'a pas vécu, l'accusation d'infanticide tombe d'elle-même.

La vie de l'enfant étant établie, l'expert doit reconnaître à quel genre de mort il a succombé. Certains procédés d'infanticide, tels que la strangulation, les plaies par instruments tranchants ou piquants, ne laissent aucun doute sur l'intention criminelle. Dans d'autres cas, au contraire, les causes de la mort sont plus ambiguës, car elles pourraient résulter du fait de la rapidité de l'accouchement dans certaines conditions déterminées. Nous étudierons dans ce chapitre les modes de mort pouvant prêter à cette discussion : l'hémorragie ombilicale, la suffocation, la submersion, les fractures du crâne, l'asphyxie dans les fosses d'aisances, en opposant, autant que possible, les lésions accidentelles aux lésions relevées dans chaque procédé d'infanticide. Dans quelques cas, nous ne négligerons pas les utiles ren-

(1) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 40.

seignements que l'on peut tirer des circonstances de l'accouchement. « Le plus souvent, dit HOFMANN, ce sont ces circonstances qui font pencher la balance dans un sens ou dans l'autre. »

§ I. — HÉMORRAGIE OMBILICALE

L'hémorragie ombilicale a longtemps occupé dans l'histoire médico-légale de l'infanticide une place considérable; elle tenait jadis le premier rang des causes de l'infanticide dit « par omission ». « Quand on agitait, dit MAHON (1), la question de savoir si un enfant mort sans que la ligature du cordon eût été faite avait péri de mort violente, non seulement les médecins, dans leur rapports en justice, mais encore les différents collèges de médecine, dans leurs décisions médico-légales, prononçaient que cet enfant avait cessé de vivre par l'effet de l'hémorragie du cordon ombilical, soit qu'on eût omis de le lier de dessein prémédité, soit que cela ne fût arrivé que par ignorance ou par négligence. » Le défaut de ligature du cordon dispensait de tout autre examen.

En réalité, cette omission n'entraîne pas nécessairement, ni même fréquemment, une hémorragie funiculaire; cependant ce dernier accident est possible et nous avons indiqué à propos de l'accouchement rapide les conditions qui le favorisent ou tendent à

(1) MAHON, Médecine légale et Police médicale, an X (1801), t. II, p. 418.

l'empêcher. L'opinion de VELPEAU, qui considère la ligature du cordon comme un luxe inutile, bien que vraie dans la majorité des cas, ne doit pas être prise au pied de la lettre : si l'hémorragie n'a pas lieu d'emblée, elle peut se produire tardivement, sous l'influence d'une cause occasionnelle, et il est imprudent de négliger l'opération si simple destinée à la prévenir. « Une femme déjà mère, dit ROSE (1), et élevée dans l'opinion de la *nécessité absolue* de lier le cordon, encourt l'accusation d'infanticide, s'il est prouvé qu'elle a omis volontairement cette ligature. » Par contre, si le cordon est arraché au niveau de l'ombilic, l'hémorragie, fréquente dans ce cas, ne saurait être gravement imputée à la femme qui, accouchant clandestinement, n'a pas toujours le moyen de s'y opposer efficacement.

L'hémorragie ombilicale est d'ailleurs une des causes de mort que le médecin légiste a le moins souvent à constater dans l'infanticide. Elle est lente, dure longtemps et ne tue qu'au bout de plusieurs heures, parfois d'un ou deux jours. Le crime emploie ordinairement des procédés plus expéditifs et plus sûrs. Ce n'est donc qu'en dernière analyse que pareil accident peut être admis, et, même dans les cas où il semble indiscutable, l'expert doit s'assurer si la mort, comme l'hémorragie, ne sont pas la suite

(1) ORFILA, Leçons de méd. légale, 1823, t. I, p. 302.

d'un obstacle apporté à la respiration et à la circulation pulmonaire, des conditions de fait et de lieu dans lesquelles aura été placé le nouveau-né. CAPURON (1) rapporte, d'après un voyageur espagnol, que les accoucheuses qui donnent leurs soins aux femmes des sultans pratiquent couramment l'infanticide par omission: « Ces matrones, dit-on, sont obligées, sous peine de la vie, de mettre à mort tous les enfants mâles qui naissent dans le sérail, et comme elles craindraient de manquer de respect au sang impérial en portant la main sur ces nouveau-nés, elles s'acquittent de leur horrible ministère en laissant le cordon ombilical sans ligature. » CAPURON se montre à bon droit sceptique à l'égard de ce récit. Un tel procédé, pratiqué isolément, doit trop souvent manquer son but.

L'enfant qui succombe à l'hémorragie ombilicale présente les signes habituels de l'anémie. Les tégu-ments sont décolorés, le cœur et les vaisseaux plus ou moins vides, les viscères exsangues. TARDIEU (2) considère comme un signe essentiel « la décoloration et l'absence du sang dans le foie qui, chez le nouveau-né et à l'état normal, est si congestionné et de couleur si foncée. » Il ne faut pas oublier d'examiner avec soin les langes qui enveloppent l'enfant, les matelas et la couchette où il a été trouvé, afin

(1) CAPURON, *op. cit.*, p. 367.

(2) TARDIEU, *op. cit.*, p. 192.

d'évaluer la quantité de sang qui imprègne ces objets.

Dans un intéressant mémoire, CAUSSÉ (1) a signalé le résultat que peut avoir l'hémorragie ombilicale sur les signes de l'asphyxie par suffocation. « L'écoulement de sang par le cordon, dit-il, ne joue-t-il pas, relativement aux poumons, le même rôle que la soupape de sûreté, pour empêcher la brisure de la machine à vapeur ? Cette perte de sang n'agit-elle pas comme une saignée pratiquée *largâ manu*, et en temps utile, pour faire disparaître jusqu'aux traces de congestion formées dans tel ou tel organe ? L'effort hémorragique qui se dirige vers l'ombilic détruit et fait avorter toutes les congestions, celles qui entraînent le sang vers les organes respiratoires, comme aussi vers le cerveau ou tout autre viscère, et alors non seulement les taches sous-pleurales peuvent manquer complètement, mais encore tous les signes asphyxiques. »

Les observations que CAUSSÉ rapporte, et les expériences qu'il a instituées, montrent que son opinion n'est pas purement théorique, et qu'il y a lieu, le cas échéant, de tenir compte de cette cause d'erreur.

§ II. — SUFFOCATION

La suffocation paraît un genre de mort très fréquent chez le nouveau-né. Si elle peut, ainsi que nous

(1) CAUSSÉ, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1869, 2^e série, t. XXXII, p. 122.

l'avons vu, résulter d'une cause accidentelle, il est vraisemblable que bien plus souvent une volonté mal-faisante n'y a pas été étrangère. Malheureusement ses signes internes ne sont pas tellement caractéristiques qu'ils permettent de l'affirmer d'emblée, et surtout de conclure ou non à un infanticide : en l'absence de traces de violences qui trahissent l'intention coupable, il est presque impossible à l'expert de se prononcer. C'est pour avoir méconnu ce principe, et avoir attribué aux lésions viscérales une valeur trop absolue, que TARDIEU admet une proportion si élevée d'infanticides par suffocation dans ses autopsies de nouveau-nés. Les statistiques de M. BROUARDEL et de M. VIBERT attestent que les médecins légistes contemporains mettent plus de réserve dans ce diagnostic : leurs chiffres, qui diffèrent peu de ceux de TARDIEU sur les autres procédés d'infanticide, offrent au sujet de la suffocation un saisissant contraste.

NOMBRE	TARDIEU	BROUARDEL	VIBERT
D'autopsies de nouveau-nés	804	534	434
D'infanticides sur 100 autopsies ..	69	43	26
D'inf. par suff. — — — ..	34	5	3

« Dans les cas, dit M. BROUARDEL (1), où TARDIEU a conclu à la suffocation, parce qu'il a trouvé des ecchy-

(1) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 78.

moses sous-pleurales chez le nouveau-né, je ne dis pas que la mère ait été condamnée injustement, mais, au Palais, un signe dont la valeur n'est pas admise comme incontestable par tous les auteurs, qui n'a pas reçu l'approbation de tous les médecins légistes, ne doit pas être donné comme un signe absolu. Je suis convaincu que M. VIBERT et moi avons laissé innocenter un grand nombre de femmes qui avaient en réalité tué leur enfant, mais nous ne pouvions démontrer scientifiquement qu'elles avaient commis un infanticide. »

Parfois la trace du crime est tellement évidente que l'accusée ne peut persister longtemps dans ses dénégations. Tantôt l'enfant porte des empreintes unguéales, des ecchymoses à contour défini, indices laissés par une main crispée au devant de sa bouche ; tantôt son pharynx a été obstrué par un tampon de linge, d'ouate, de papier froissé, et lorsque le corps du délit a été enlevé, les tentatives faites pour le placer ou l'extraire ont éraillé ou déchiré les muqueuses ; tantôt l'enfant a été enterré ou enfoui dans un tas de blé, de sable, de cendres, et la présence de ces matières dans les fines ramifications bronchiques, dans l'œsophage et l'estomac ne permet pas de douter qu'il y ait été déposé vivant.

A ces faits nous pouvons en opposer d'autres où la suffocation paraît nettement accidentelle. Nous avons rapporté un cas où elle fut produite par un bouchon

muqueux (obs. LVIII); BUHL (1) a publié dix observations analogues. HOFMANN (2), VIBERT (3), et TAYLOR (4) relatent des exemples d'asphyxie par un fragment des membranes, vulgairement appelé *la coiffe*. Dans le cas d'HOFMANN, la membrane était très mince, transparente, collée à la peau en raison de son humidité; il était admissible que la mère ne l'ait pas vue et n'ait pas voulu tuer son enfant, en s'abstenant volontairement d'ôter cet obstacle à la respiration. En pareille occurrence, les poumons ne sont généralement pas pénétrés complètement par l'air, et cette condition paraît à TARDIEU indispensable pour écarter l'hypothèse d'un crime. Il se peut même que l'enfant n'ait nullement respiré, par exemple lorsque l'œuf est expulsé en entier; ce fait, aussi bien que les précédents, peut être interprété dans un sens favorable à l'accusée (obs. LVII).

Il est d'autres cas enfin, dont l'appréciation doit être réservée. S'il est reconnu qu'une femme peut éprouver une syncope au moment de son accouchement, ou se trouver, après l'expulsion, anéantie, incapable de pensée et de mouvement, il est également admissible que son enfant peut mourir accidentellement, étouffé sous les draps et les couvertures.

(1) BUHL, *Med. Times and Gazette*, 1861, p. 117.

(2) HOFMANN, *Atlas Manuel de Médecine légale*, 2^e édit. franç., par VIBERT, 1901. Planche VII, p. 40.

(3) VIBERT, *op. cit.*, Rapport XIX, p. 846.

(4) TAYLOR, *op. cit.*, p. 688.

Comment différencier l'effet du hasard de la suffocation produite intentionnellement par la compression de la poitrine, la séquestration dans un espace confiné, l'application d'un oreiller, d'un matelas ou d'un autre objet mou au-devant des orifices respiratoires? « Il n'est pas douteux, dit HOFMANN (1), qu'il ne s'agit pas toujours, ni même souvent d'accidents, mais d'*infanticides perfectionnés*, et que beaucoup de cas de prétendus accouchements précipités en état de syncope si souvent invoqués se réduisent à des actions préméditées, bien qu'il soit impossible de les distinguer des accidents simples. »

Signalons en terminant que les signes internes de la suffocation manquent parfois, alors que le crime est avoué : d'après M. VIBERT (2), ils manquent surtout lorsque l'asphyxie survient lentement, insidieusement, sans que la victime se débatte.

§ III. — SUBMERSION

Laissant de côté momentanément la submersion dans les fosses d'aisances, qui prête à des considérations spéciales, nous n'envisagerons ici que les cas où la femme accouche au lit, au-dessus d'un seau de toilette, d'une chaise percée, d'une rivière (batelières, riveraines), ou dans un bain.

(1) HOFMANN, *op. cit.*, p. 538.

(2) VIBERT, *op. cit.*, pp. 183 et 505.

Il n'est pas nécessaire, pour que la mort se produise, que le corps soit immergé en entier, il suffit que la tête ou seulement la bouche et le nez restent plongés un certain temps dans un liquide, et ce dernier mode d'asphyxie ressortit encore à l'histoire de la submersion. Or, lorsque la femme accouche dans son lit, les orifices respiratoires du nouveau-né peuvent, au sortir des parties génitales, plonger dans une mare formée entre les cuisses de la mère par les liquides de l'accouchement (obs. LIII). La femme accouche parfois à l'improviste sur une chaise percée, un seau contenant de l'eau, de l'urine, ou des matières fécales. Les faits de ce genre sont nombreux, et nous en avons rapporté plusieurs (obs. XX, XLIII, XLIV, LIV). HOHL (1) eut l'occasion d'en observer deux : un des enfants fut sauvé, l'autre, qui avait vécu, périt, parce que la mère fut hors d'état de se relever, et qu'une parente présente à l'accident, dans son trouble, ne sut pas l'aider.

Si de pareilles circonstances étaient alléguées, l'expert devrait s'assurer que la submersion est réellement la cause de mort. De plus, les médecins légistes sont généralement d'accord pour considérer l'assertion de l'inculpée comme inadmissible, si l'on trouve de l'air, non seulement dans toutes les vésicules pulmonaires, mais encore dans l'estomac et

(1) Cité par TOURDES, in Dict. Encyclop. des Sciences méd., t. I, p. 471.

dans l'intestin, ce qui démontre que l'enfant a vécu un certain temps à l'air libre.

M. VIBERT (1) fait toutefois remarquer « qu'il suffit d'une ou deux inspirations énergiques pour remplir les poumons d'air, et qu'on peut concevoir à la rigueur que, dans un seau contenant seulement peu de liquide, l'enfant reste quelque temps avant de prendre une position telle que la bouche et le nez soient obstrués ».

La pénétration de l'air dans les alvéoles pulmonaires revêt une bien autre importance, quand la femme prétend être accouchée dans un bain. TARDIEU (2), qui semble avoir été appelé à se prononcer sur cet accouchement vrai ou supposé plus souvent que les médecins légistes de notre époque, résume ainsi ses réflexions : « La persistance à la surface du corps du nouveau-né de l'état sanguinolent et des souillures qu'il présente d'ordinaire serait inconciliable avec un séjour même peu prolongé dans l'eau qui n'eût pas manqué de les faire disparaître. D'un autre côté, si l'on trouve les poumons complètement dilatés par l'air, on a la preuve manifeste que l'enfant n'est pas né dans le bain... Enfin, en admettant que la femme y fût réellement accouchée, ce ne serait pas une raison pour que l'enfant fût mort noyé. L'état du cordon ombilical, les traces d'un autre genre

(1) VIBERT, *op. cit.*, p. 516.

(2) TARDIEU, *op. cit.*, p. 173.

de mort violente achèveront d'éclairer la question. »

§ IV. — FRACTURES DU CRÂNE

« Les fractures du crâne, dit M. BROUARDEL (1), sont souvent faciles à interpréter, mais quand surgissent des difficultés, elles sont parfois insolubles. » Le médecin légiste devra d'abord différencier la lésion de certaines fissures et solutions de continuité congénitales du crâne, reconnaître ensuite si la fracture s'est produite pendant la vie, ou si elle résulte de violences accidentelles auxquelles le cadavre a été exposé. Lorsqu'il aura établi que la lésion est traumatique et présente les caractères de la réaction vitale, il songera à la rapporter à sa cause. Est-elle attribuable au travail de l'accouchement? Est-elle due à une chute de l'enfant? Est-elle le résultat d'un crime?

Dans quelques cas exceptionnels (d'OUTREPONT, CARUS) (2), des fractures spontanées du crâne se sont produites pendant le travail, bien que le bassin eût des dimensions normales, et que l'accouchement fût *court et facile*. Dans la pratique, pareille lésion ne s'observe que chez des femmes à bassin rétréci, au cours d'un accouchement laborieux. Lorsqu'elle se produit par enfoncement, la fracture siège au point de la tête arrêté par la proéminence de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire à la partie antérieure de l'un

(1) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 104.

(2) DANYAU, *Journal de chir. de Malgaigne*, janvier 1843, p. 40.

des pariétaux. Quand elle résulte du chevauchement exagéré des os du crâne, elle se présente sous forme de fissure ou fêlure, siégeant presque toujours sur les pariétaux, partant de la suture sagittale et se dirigeant vers la bosse pariétale, en suivant les rayons d'ossification (VIBERT) (1). La pelvimétrie de la mère confirmera utilement les résultats de l'autopsie.

Quand la fracture est due à la chute de l'enfant, elle se trouve surtout sur un point élevé du sommet de la tête, sur les os pariétaux, surtout le pariétal gauche (CASPER). Le trait de fracture est simple, linéaire, peu étendu, semblable à une simple fissure ; il part de la suture sagittale pour aboutir à la bosse pariétale, d'où il peut diverger vers la suture coronale ou lambdoïde. « Quand le choc a été violent, écrit CASPER (2), les fractures peuvent s'étendre jusqu'à l'os frontal ou jusqu'à l'os temporal, mais ordinairement, lorsque ces fractures sont multiples, elles sont dirigées en rayons se dirigeant vers un centre. Lorsqu'il y a plusieurs fractures situées sur des os différents, par exemple aux deux pariétaux, à l'os frontal et à l'os occipital, il y a grande probabilité que la lésion n'a pas été produite par la chute, car il n'y a pas de contre-coup possible, vu la flexibilité du crâne des nouveau-nés. » Le plus souvent, ces fractures ne s'accompagnent pas de

(1) VIBERT, *op. cit.*, p. 512.

(2) CASPER, *op. cit.*, t. II, p. 565.

lésions des parties molles, mais seulement d'une ecchymose et d'un épanchement sanguin au point où la tête aura heurté le sol.

OBSERVATION LXII. CASPER (1). — Une primipare de 24 ans accoucha clandestinement et resta morte, sans qu'on sût quels avaient été les détails de l'accouchement. L'autopsie démontra qu'elle avait succombé à une hémorragie. Le cadavre fut trouvé dans le lit ; on ne sut pas si c'est là qu'eut lieu l'accouchement, ou si la fille mourante avait encore eu la force de s'y traîner, ou enfin si quelqu'un l'y avait déposée. Le cadavre nous fut présenté pour l'autopsie, enveloppé d'un drap qui contenait aussi un placenta putréfié.

Le périnée avait une rupture de près de trois centimètres, le cordon était déchiré à 12 cm. du placenta, les bords de ce bout du cordon correspondaient exactement avec ceux de la portion de l'organe qui était restée adhérente à l'anneau ombilical de l'enfant, cette dernière était longue de 33 cm. Le corps de l'enfant était long de 50 cm. et pesait 3.250 gr. ; la tête était petite et avait pour diamètres 7, 9 et 11 cm. Le diamètre des épaules était de 11 cm., celui des hanches 9. Au-dessous de l'aponévrose épiciénienne, se trouvait une couche de sang coagulé et foncé de 2 mm. d'épaisseur. L'os pariétal droit avait une fracture transversale longue de 5 cm., la partie squameuse du même os présentait une fracture de 3 mm. Tout le cerveau était enveloppé d'une couche de sang foncé et coagulé. Le corps ne présentait à l'extérieur aucune trace de blessures. La docimasia prouva que l'enfant avait respiré.

Les résultats de l'autopsie étaient assez difficiles à inter-

(1) CASPER, *op. cit.*, obs. 379.

préter. Nous n'avons pas cru devoir formuler notre jugement autrement que : l'apoplexie cérébrale mortelle à laquelle a succombé cet enfant a été produite par une violence extérieure, l'autopsie ne permet pas de déterminer quelle a été la nature de cette violence, mais elle ne se refuse pas à laisser admettre qu'elle a été produite par la chute de l'enfant sur le sol, pendant l'accouchement.

La possibilité d'un accident est d'autant plus admissible que les os crâniens présentent des troubles d'ossification. La trame osseuse peut être tellement raréfiée que l'os semble perforé. « Les pariétaux, dit DANYAU(1), offrent quelquefois des espaces arrondis, ovalaires ou irréguliers, au niveau desquels le tissu osseux est réduit à une couche très mince, dans laquelle on ne reconnaît point de fibres rayonnées, et qu'on ne peut mieux comparer qu'à une mousseline légère, à mailles excessivement fines. L'os est dans ces points très fragile. Si les espaces faibles sont isolés et distants, le soutien qu'ils reçoivent des parties voisines plus solidement ossifiées les préserve d'accidents, mais s'ils sont plus rapprochés et disséminés au milieu d'une surface où la disposition rayonnée persiste et où la raréfaction du tissu osseux est sensible, l'os peut se briser sous un médiocre effort. » CASPER (2) a observé nombre de fois ces lacunes d'ossification dont on trouvera de beaux exemples

(1) DANYAU, *loc. cit.*

(2) CASPER, *op. cit.*, t. II. Obs. 392 et suivantes. *Atlas*, pl. VIII, fig. 20 et 20 a.

dans son *Atlas* et dans celui d'HOFMANN (1), ainsi que dans les traités de TARDIEU et de M. BROUARDEL. Nous en avons vus de non moins remarquables dans la collection de M. le D^r PERRIN DE LA TOUCHE.

OBSERVATION LXIII. OLLIVIER d'ANGERS (2). — La femme P..., cuisinière chez un traiteur de la barrière du Roule, déjà mère une première fois et accouchée à sept mois, était arrivée au neuvième mois de sa seconde grossesse, quand elle fut surprise par les douleurs de l'accouchement, au milieu de son service, et lorsqu'elle venait de descendre à la cave. Là ses douleurs redoublent, et pendant qu'elle est à demi-fléchie et appuyée contre la muraille, elle accouche en appelant à son secours. Quand on arriva près d'elle, elle avait perdu beaucoup de sang; l'enfant était mort, au moment de son expulsion, dit-elle; le cordon s'était rompu.

OLLIVIER et DEVERGIE, chargés de procéder à l'autopsie de l'enfant, firent les constatations suivantes. Il n'existait aucune tumeur sanguine à la tête de l'enfant. A la dissection des téguments du crâne, ils constatèrent, d'abord dans la région pariétale droite, une ecchymose de quatre centimètres de longueur sur quinze millimètres de largeur, formée par du sang noirâtre, et dans la région pariétale gauche, une autre ecchymose de sept cm. de longueur sur cinq et demi de largeur avec un peu d'infiltration de sérosité. L'os pariétal droit était intact, régulièrement ossifié et d'une épaisseur normale.

L'os pariétal gauche, au contraire, offrait un vice d'ossification particulier et était divisé en quatre fragments. Les bords de ces portions d'os étaient ondulés dans la presque

(1) HOFMANN-VIBERT, *op. cit.*, fig. 84, p. 42.

(2) OLLIVIER d'ANGERS, *Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1844, 1^{re} série, t. XXXII, p. 439.

totalité de leur étendue, excepté en avant et en haut, où les fibres de l'os étaient évidemment brisées dans une longueur de deux centimètres et demi. Les autres bords de chaque fragment étaient minces, fragiles, comme frangés, tout à fait semblables à ceux des portions d'os plats dont l'ossification n'est pas achevée. Dans l'intervalle que ces bords amincis et sinueux laissaient entre eux, on remarquait de petites lamelles osseuses, dentelées sur leurs bords, qui constituaient autant de points d'ossification isolés, correspondant aux parties du pariétal qui présentent dans l'état normal le plus d'épaisseur et de solidité. Il y avait une infiltration de sang sur la dure-mère et sous le périoste, dans le trajet de la fracture qui avait interrompu la continuité des fibres osseuses.

Parfois le crâne a résisté au traumatisme, mais l'enfant succombe rapidement à la commotion cérébrale ou à une hémorragie méningée. Nous avons cité un fait de ce genre dans notre première partie ; les cas suivants furent l'objet d'expertises de CASPER (1).

OBSERVATION LXIV. — Une ouvrière, primipare, était debout en train de travailler, lorsqu'elle se sentit délivrée tout à coup de l'enfant et du placenta. Sa camarade d'atelier alla tout de suite chercher du secours, et lorsqu'on arriva, l'enfant était mort.

L'enfant pesait 3.500 gr. et était long de 47 cm., il présentait tous les signes de la maturité ; la docimasie prouva qu'il avait respiré ; au sommet de la tête, au-dessous des téguments, il y avait une extravasation de sang coagulé épaisse de deux mm., pas de lésion aux os, mais hyperémie du cerveau. Nous n'avons pas su si le cordon avait été

(1) CASPER, *op. cit.*, t. II, obs. 577 et 578.

séparé pendant ou après la naissance ; nous trouvâmes à l'autopsie ce cordon déchiré et non lié.

Nous déclarâmes que l'autopsie avait confirmé complètement les dépositions des témoins et de la mère relativement à l'accouchement.

OBSERVATION LXV. — La fille L..., domestique, vers l'époque du terme de sa grossesse qu'elle avait dissimulée, sortit un soir avec sa maîtresse, portant un panier qui ne tarda pas à être rempli d'objets achetés. Chemin faisant, elle sentit les douleurs de l'enfantement, elle lutta et continua à marcher, mais au bout d'une demi-heure, l'enfant tomba sur le sol couvert de neige, le cordon fut déchiré. La fille s'évanouit, la maîtresse courut chercher du secours et lorsqu'elle revint, l'enfant était mort.

Cet enfant avait respiré et avait succombé à une hémorragie cérébrale. Nous trouvâmes, ce qui est assez curieux, un défaut d'ossification à l'os pariétal droit. Cet os présentait une place presque transparente, ayant la dimension d'une pièce de deux francs, au milieu de laquelle se trouvait une fissure dentelée, ecchymosée, et ayant la largeur de deux millimètres. Nous déclarâmes que l'enfant était à terme, qu'il avait vécu et qu'il était mort d'apoplexie cérébrale, que cette apoplexie avait été très probablement causée par la chute pendant l'accouchement.

Si nous avons insisté sur la description de ces lésions, c'est qu'elles sont intéressantes à comparer aux dégâts des lésions criminelles. L'infanticide par fracture du crâne est généralement un acte d'une brutalité inouïe. « La main qui frappe, dit LEGRAND DU SAULLE (1), sait produire des lésions assez consi-

(1) LEGRAND DU SAULLE, *Traité de Méd. lég.*, 2^e édit., 1886, p. 325.

dérables pour donner la mort. » Presque toujours même elle dépasse son but. Le meurtre doit être vite consommé, la mère dénaturée redouble ses violences, et de peur qu'il ne reste à l'enfant une parcelle de vie, elle s'acharne sur son cadavre.

Tantôt les fractures sont produites par projection violente contre un mur, écrasement avec une pierre, un soulier, un sabot. Elles sont accompagnées de lésions cutanées et d'autres traces de violences sur le reste du corps. On trouve des écrasements du crâne, des fractures multiples, des blessures du cerveau, des épanchements sanguins dans les cavités splanchniques.

Souvent l'expert pourra reconstituer le mode d'action du traumatisme. Si la tête a été écrasée, on trouvera deux fractures, l'une répondant au plan sur lequel appuyait la tête, l'autre dans le point sur lequel a porté l'instrument vulnérant. La tête est aplatie dans le sens de la pression, les os sont enfoncés, les fragments sont très nombreux. Si la tête a été projetée contre un mur, la fracture n'existe que d'un seul côté ; les désordres sont considérables.

OBSERVATION LXVI. BAYARD (1). *Résumée.* — Annette B... avait réussi à cacher sa grossesse à tout le monde. Le mercredi 19 février à midi, étant seule dans sa cuisine, elle accoucha d'un enfant du sexe masculin. Surprise par des

(1) BAYARD, *Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég.* 1840, 1^{re} série, t. XXIV, p. 331.

témoins au moment où elle cherchait à faire disparaître les traces de son accouchement, elle déclara que, surprise par les douleurs, elle était accouchée debout, que son enfant était tombé, et qu'elle s'était aussitôt évanouie.

Les experts firent les constatations suivantes : Enfant petit (44 cm.) pesant 2.187 gr. Cordon déchiré irrégulièrement ; portion de 17 cm. adhérente à l'ombilic. Sur la face et la région frontale, seize ecchymoses, dont sept avec excoriations paraissant dues à des impressions unguéales. Nombreuses ecchymoses sur le cou, les épaules, les coudes. Toute la surface du crâne est recouverte d'un épanchement de sang noir, en partie coagulé, le périoste est détaché d'une partie de la surface des os. Tous les os ont été brisés en plusieurs fragments, mobiles les uns sur les autres. Leurs fractures multiples ont été la conséquence d'un broiement ou d'un écrasement de la tête. Du sang est épanché sur toute la surface du cerveau et pénètre dans ses anfractuosités. Pas d'épanchement dans les cavités ventriculaires.

Le rapport se termine par cette conclusion : « La mort a été déterminée par les nombreuses fractures avec épanchement de sang à la surface du cerveau, fractures dont la multiplicité ne permet pas de douter qu'elles aient été le résultat d'un écrasement de la tête déterminé par plusieurs pressions violentes exercées sur cette partie du corps de l'enfant. »

Malgré les preuves écrites sur le corps de son enfant par quinze fractures du crâne et trente-quatre excoriations, la fille Annette B... fut acquittée.

OBSERVATION LXVII. DE MIRBECK (1). — Une jeune fille de 17 ans accouche dans la nuit du 31 mai au 1^{er} juin 1836

(1) DE MIRBECK, Thèse de Strasbourg, 1863, n° 684, p. 57.

dans la commune d'Ivry. Elle sort de chez elle, pressée par l'envie d'aller à la selle, et va se placer au-dessus d'un trou profond de dix-huit pouces. Pendant les efforts de défécation, l'enfant sort. Elle le prend, le ramène à sa mère, et peu de temps après, il expire, quoiqu'il fût bien vivant et jetât des cris au moment où elle l'avait donné à la femme B...

Le rapport de MM. OLLIVIER et WEST constate que l'enfant pouvait avoir huit mois, qu'il a vécu et que la respiration a été complète; le crâne était brisé en plusieurs endroits et pour ainsi dire broyé; il existait dans le cerveau et dans la poitrine une certaine quantité de sang; il y avait sur les bras et au cou des contusions qui indiquaient qu'une forte pression avait eu lieu en ces endroits; du sang était sorti par les narines, une partie avait été avalée et on l'a retrouvée dans l'estomac.

A l'audience, le défenseur discute dans son plaidoyer la question de savoir si la mort de l'enfant doit être le résultat d'un accident. Cette discussion terminée, il tire de sa toque un petit corps blanc et rond qu'il élève en l'air et dit : « Ceci, Messieurs, c'est le crâne d'un enfant de huit mois; voyez comme les os sont minces et flexibles (en ce moment le défenseur fait craquer le crâne entre ses doigts).

« Figurez-vous donc un enfant avec un crâne pareil, chassé précipitamment des flancs d'une mère jeune et vigoureuse, pleine de santé; figurez-vous-le tombant dans un fossé de dix-huit pouces; dix-huit pouces, Messieurs, pour un homme c'est un pas; pour un enfant c'est un précipice où sa vie va s'engloutir. »

Le jury acquitta. (Cour d'assises de la Seine, 29 octobre 1836).

Cet effet oratoire n'eut certes pas convaincu un jury de médecins. De pareils traumatismes sont trop

différents des lésions limitées que l'on observe dans les accouchements rapides pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longuement sur leur diagnostic différentiel.

§ V. — CHUTE OU PRÉCIPITATION CRIMINELLE DE L'ENFANT
DANS LES FOSSES D'AISANCES

Souvent le médecin légiste est chargé d'examiner des enfants trouvés dans des conduites ou des fosses d'aisances, et de dire s'ils ont pu y parvenir à la suite d'une expulsion imprévue. C'est un argument que ne manquent pas d'invoquer nombre de malheureuses qui ont précipité leur enfant dans les latrines, soit pour le tuer, soit plutôt pour le faire disparaître et cacher les traces d'un autre mode d'infanticide. Elles se trompent : le corps du nouveau-né s'altère peu au contact des matières fécales, et « les fosses gardent longtemps et rendent sûrement le cadavre qui y a été jeté » (TARDIEU) (1).

L'expert devra reconnaître si l'enfant est arrivé mort dans les conduites ou dans la fosse, ou si les lésions, conséquences de sa chute, ont les caractères des lésions produites pendant la vie.

Lorsque le nouveau-né a péri par submersion dans les matières, la cause de mort est d'une constatation facile. Par suite des mouvements respiratoires énergiques qu'il exerce, les fèces pénètrent dans les rami-

(1) TARDIEU, *op. cit.*, p. 14.

fications bronchiques, et les remplissent quelquefois si profondément qu'en pressant sur une coupe du poumon, on en voit sortir de petits cylindres noirâtres, véritables moules des conduits aérifères. Des matières peuvent aussi se trouver dans l'estomac et dans les oreilles moyennes (VIBERT).

Parfois le nouveau-né meurt asphyxié ou intoxiqué par les gaz de la fosse, et dans ce cas, la mort n'est pas toujours très rapide. Plusieurs enfants ont pu être retirés vivants après un séjour de quelques heures et n'ont succombé que tardivement : chez l'un, TARDIEU a noté l'établissement incomplet de la respiration; chez un autre, M. VIBERT ne trouva qu'une forte congestion pulmonaire.

L'autopsie démontre fréquemment que le nouveau-né est mort de broncho-pneumonie, fait qui ne saurait surprendre, étant donnés son séjour dans un milieu où pullulent des germes infectieux et le refroidissement prolongé qu'il y a subi (obs. LXXII). Des fractures du crâne sont souvent aussi la conséquence de la chute (VIBERT), mais pour être attribuées à cette cause, elles doivent présenter les caractères des fractures accidentelles, décrits à l'article précédent.

Quand il est établi que l'enfant a péri du fait de sa chute dans les fosses d'aisances, la partie la plus délicate de l'expertise consiste à découvrir si l'enfant y est tombé fortuitement, à la suite d'une expulsion rapide, ou s'il y a été précipité. Nous ne reviendrons

pas ici sur la valeur des signes fournis par les annexes, mais nous indiquerons l'importance d'un examen minutieux du nouveau-né et des localités où s'est effectué l'accouchement.

L'enfant qui tombe dans les latrines rencontre souvent sur son passage une série d'obstacles et les lésions qu'il présente démontrent parfois jusqu'à l'évidence qu'une main criminelle l'a aidé à les franchir. Un premier obstacle peut être constitué par l'orifice inférieur rétréci d'une cuvette. « Durant le travail, dit M. BROUARDEL (1), au fur et à mesure que l'enfant progresse dans le col de l'utérus et le vagin, il se moule pour ainsi dire sur les parois du vagin ; l'élasticité même de ces parois le force à se ramasser sur lui-même, à s'effacer. Ici rien de pareil, et pour faire passer l'enfant par cet orifice trop étroit et qui ne peut être distendu, il faut exercer une certaine violence. » Cette violence se traduit par des fractures du crâne par écrasement (TARDIEU) ; les pariétaux sont généralement brisés sur une ligne presque horizontale (BROUARDEL). D'autres fractures sont dues aux mouvements de va-et-vient d'une soupape ; elles s'accompagnent de plaies du cuir chevelu de forme arrondie, comme le bord de cette valve.

Un second obstacle est formé par des coudes du tuyau de chute, et l'enfant qui a été poussé au delà porte des blessures dues à des ringards, à des lattes

(1) BROUARDEL, *op. cit.*, p. 98.

de bois. Si des personnes étrangères ne se sont pas servies de ces instruments pour désobstruer la conduite, il faut bien admettre que c'est la mère qui les a employés pour faire disparaître son enfant.

Enfin les poteries des tuyaux présentent des aspérités qui produisent sur le corps du nouveau-né des érosions, surtout au niveau des parties saillantes : ces plaies doivent être décrites avec leurs caractères de siège, de nombre, d'étendue, de direction. Dans une expertise, BAYARD put ainsi établir, contrairement aux déclarations de la mère, que son enfant s'était présenté par le sommet et qu'elle l'avait ensuite précipité dans la conduite, les pieds les premiers.

OBSERVATION LXVIII. BAYARD (1). *Résumée.* — Le 18 janvier 1840, un enfant fut retiré vivant d'un tuyau de conduite de cabinets d'aisances qu'il avait suivi dans un trajet de cinq étages. Il mourut quatre jours après. Les soupçons se portèrent aussitôt sur Marie B..., qui avoua son accouchement, mais soutint que, s'étant rendue dans le cabinet d'aisances, elle était montée sur le siège et qu'elle s'était trouvée *accouchée tout à coup et sans avoir pu prévoir une délivrance aussi prochaine*. La fille B... prétendait en outre que l'enfant était sorti par les pieds et que le placenta avait été expulsé en même temps que lui.

L'autopsie démontra que l'enfant était mort de congestion pulmonaire. Les experts constatèrent la présence d'une tumeur sanguine au niveau de l'occipital et furent amenés à penser que l'accouchement avait eu lieu par le sommet. D'autre part, l'enfant portait au niveau des bras,

(1) BAYARD, *loc. cit.*, p. 345.

des coudes, du dos, des genoux, de nombreuses excoriations qui avaient toutes une même direction de bas en haut et qui provenaient très vraisemblablement du frottement du corps contre les parois du conduit. Ils conclurent à la précipitation de l'enfant par les pieds. Aucune trace de violences ne fut relevée sur le nouveau-né.

La fille B... fut condamnée à huitans de travaux forcés.

Les déclarations de la femme au sujet du lieu de l'accouchement et de la position qu'elle a prise pendant l'expulsion doivent être sévèrement contrôlées. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente la recherche des taches de sang, de liquide amniotique, de méconium, pour établir les points avec lesquels le nouveau-né a pu être en contact : le médecin légiste peut acquérir ainsi la conviction que l'accouchement ne s'est nullement passé dans les conditions qui lui sont indiquées.

Il ne faut pas oublier toutefois que les taches de sang et de liquide amniotique peuvent aussi bien exister sur les objets de literie, les vêtements, les linges, le sol qui se sont trouvés en rapport avec la mère dans les heures voisines de sa délivrance : la constatation des taches ne tire de valeur que de leur minutieuse description.

Dans une expertise rapportée par BRIAND et CHAUDÉ (1), la mère affirmait être accouchée pendant qu'elle était assise sur le siège des latrines ; l'enfant

(1) BRIAND et CHAUDÉ, *op. cit.*, t. II, p. 448.

serait tombé dans la fosse. Les experts conclurent à un infanticide par fracture du crâne. Des taches observées entre le matelas et la paille du lit de la femme attestaient qu'un nouveau-né avait été déposé en cet endroit. Une autre tache sur la robe prouvait, par son siège, ses dimensions, son aspect général, que l'enfant avait été enveloppé dans la jupe relevée de bas en haut. Il était vraisemblable qu'après l'avoir tué la mère l'avait transporté dans ses vêtements jusqu'aux cabinets, d'où elle l'avait précipité dans la fosse.

OBSERVATION LXIX. CHARPENTIER (1). *Résumée.* — Un expert consulte la Société de médecine légale sur le fait suivant :

Ernestine D..., 28 ans, domestique, fut prise à cinq heures et demie du matin des douleurs de l'accouchement. Elle se leva à six heures, descendit deux étages pour se rendre aux lieux d'aisances qui se trouvent dans une cour au rez-de-chaussée, y entra et s'y enferma. « Elle s'assit, dit-elle, sur le premier trou à gauche en entrant, les pieds reposant sur le plancher recouvrant la fosse, pour satisfaire le besoin de la défécation. C'est là et dans cette position assise qu'elle accoucha au bout d'une dizaine de minutes, sans avoir presque souffert et sans avoir eu connaissance de la sortie hors de son sein de son enfant, lequel tomba directement dans la fosse sans qu'elle l'eût vu. » Cette fille a déjà eu un enfant il y a deux ans.

Le cabinet, commun aux différents locataires, a 2 mètres de long sur 1 m. 55 de large. La fosse est recouverte par

(1) CHARPENTIER, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg.*, 1876, 2^e série, t. XLVI, p. 478.

un plancher ; le siège, adossé au mur dans le sens de sa longueur, est percé de trois trous de forme ronde, ayant chacun 28 cm. de diamètre, séparés l'un de l'autre par un espace de 30 cm., le siège lui-même du mur au rebord extérieur a 46 cm. et 42 cm. de hauteur. Au-dessous du trou il n'y a rien qui les sépare de la fosse, ni cuvette, ni conduite.

Une énorme tache de sang rougit le plancher des latrines au pied du premier trou et auprès de la porte ; elle mesure 50 cm. sur 30 cm. Les bords du trou sont aussi maculés de plusieurs taches de sang, distinctes les unes des autres, mais quoique ces taches aient été soigneusement essuyées par la fille D..., ces dernières ont dû être fournies par une quantité de sang beaucoup moins considérable, à en juger par la teinte moins foncée qu'elles ont laissée. Les matières fécales ne sont qu'à 60 cm. de la surface du siège, la fosse étant presque comble.

Le nommé Privus, en introduisant le bras par le deuxième trou, a trouvé l'un après l'autre et indépendants le corps de l'enfant et le placenta qui surnageaient. L'enfant était sur le ventre, la face plongée dans les matières, entre le premier et le deuxième trou, la tête tournée du côté du premier trou et les pieds obliquement dirigés vers le mur.

Le plancher enlevé, on constate sur les matières, à l'endroit correspondant à l'énorme tache de sang signalée, de vastes taches rouges indiquant que le sang avait coulé par l'interstice des planches.

Le maître de cette fille dit dans sa déposition que la fille D... était restée jusqu'à sept heures et demie dans les lieux, et n'en était sortie que quand sa femme est allée lui intimer l'ordre de le faire et de remonter, ce qu'elle a fait avec l'aide d'un bras. Elle a immédiatement avoué son accouchement.

L'enfant, du sexe masculin, venu à terme, ne porte

aucune trace de violences extérieures. Il a respiré et a succombé à la submersion dans les matières fécales. A peine trace de la bosse sanguine, preuve que l'accouchement n'a pas dû être difficile.

La partie du cordon attachant à l'enfant avait 15 cm., ne portait aucune ligature, présentait une extrémité libre, longue et frangée, comme si la traction pour le rompre avait dû être forte, chaque filament se rompant l'un après l'autre. La portion placentaire avait 45 cm. Longueur totale : 60 cm.

L'expert croit que la fille D... a dû accoucher sur le plancher, qu'elle a ensuite jeté dans la fosse son enfant vivant, que, se sentant assez affaiblie, elle s'est assise sur le premier trou et que la délivrance s'est faite dans cette position, seule et sans aucune traction.

La Société de médecine légale adopte les conclusions de son rapporteur, CHARPENTIER : Accouchement et délivrance se sont opérés sur le plancher, et c'est en jetant le délivre que la fille D... a maculé les bords du siège. La position de l'enfant sur le ventre, entre le premier et le deuxième trou, la longueur du cordon comparée à la distance qui sépare les matières du siège rendent inadmissible la version de l'inculpée.

Lorsqu'il est vraisemblable que l'accouchement s'est effectué sur le siège, ainsi que la femme le déclare, il ne s'ensuit pas que l'enfant a pu tomber dans la fosse. L'expert aura à relever la disposition et la largeur de la lunette, les dimensions de la cuvette et son mode de communication avec les tuyaux. Les cuvettes munies d'une fermeture hydraulique rendent toute chute impossible par suite de la double coudure du siphon : l'enfant peut y périr par sub-

mersion, comme il périrait dans une chaise percée, un seau de toilette. Parfois, la cuvette est munie d'un clapet qui ne bascule que sous l'action d'un levier ou d'un poids considérable. Dans une expertise, M. le professeur BROUARDEL constata que la soupape pouvait supporter sans s'ouvrir le poids d'une bouteille pleine de mercure pesant exactement le double du poids de l'enfant.

La cuvette peut enfin s'ouvrir librement dans le tuyau de chute. Les dimensions de son orifice inférieur seront comparées aux dimensions du fœtus. A Paris, d'après TARDIEU et VIBERT, cet orifice a un diamètre de dix à douze centimètres ; chez un enfant à terme, la tête ne pourrait donc passer qu'en présentant à ce détroit ses petits diamètres, et il faudrait encore admettre que les épaules et le tronc puissent la suivre sans difficultés. Dans certaines latrines, le tuyau de branchement aboutissant au tuyau central présente une inflexion telle que la progression de l'enfant ne peut se produire qu'au moyen d'une poussée. Rapproché des lésions relevées sur l'enfant, l'examen des lieux aboutit à une certitude.

OBSERVATION LXX. HOFMANN (1). — L'accusée prétendait avoir eu un accouchement rapide pendant qu'elle était sur les lieux d'aisances. Le diamètre de l'ouverture ronde de la lunette était de 14 cm., et celui de l'ouverture inférieure de l'entonnoir légèrement courbé et situé au-des-

(1) HOFMANN, *op. cit.*, p. 583.

sous de la lunette de 11 cm. Or, comme l'enfant était venu à terme, et que sa largeur d'épaules était de 12 cm., on ne pouvait admettre qu'il fût tombé simplement des parties génitales dans la fosse. Le rapport concluant à ce que l'enfant avait été poussé dans la fosse était d'autant plus justifié que celui-ci avait à l'omoplate gauche une écorchure de la peau large comme la surface de la main et allant en se rétrécissant vers l'anus. Cette érosion n'avait pu se produire évidemment que parce que l'enfant avait été poussé à travers l'ouverture inférieure de l'entonnoir ; en effet, dans sa chute, l'enfant n'avait pu se heurter nulle part et était tombé dans une couche épaisse de matières fécales.

A la campagne où les mesures d'hygiène ne sont appliquées que d'une manière fort restreinte, les latrines sont souvent constituées par quelques planches sans cuvette placées au-dessus d'une grande fosse. Les chances de chute sont considérablement augmentées. Encore la chute directe dans la fosse ou la chute dans la cuvette n'est-elle admise par beaucoup de médecins légistes que dans une condition : quand la femme est montée sur la circonférence antérieure de la lunette. D'après DEVERGIE, les douleurs l'empêchent en effet de s'y asseoir. BAYARD et TARDIEU partagent cette opinion et prennent soin, dans leurs expertises, de mesurer la distance de la lunette au mur, pour apprécier si cet espace a permis à la femme de se tenir accroupie.

Pour d'autres, l'accouchement serait impossible dans la position assise pour deux raisons : les fesses

de la femme recouvrent complètement l'orifice, et l'enfant, par suite de la direction de la filière génitale, tend à décrire une courbe en avant et se trouve arrêté par le bord antérieur de la lunette. CHARPENTIER (1), à propos de notre observation LXIX, émet une conclusion encore plus exagérée, mais qui nous paraît peu vraisemblable : « Quant à être accouchée sur le siège, les pieds sur le plancher, cela est inadmissible.... La direction du trou est verticale, celle de la vulve d'arrière en avant. En admettant donc la version de la femme, l'enfant aurait été nécessairement projeté en dehors du siège. »

ADELON (2), consulté sur cette question qui divisait deux experts, avait admis la possibilité de l'expulsion dans la position assise.

OBSERVATION LXXI. ADELON. *Résumée.* — L'inculpée, domestique, âgée de 22 ans, avait caché sa grossesse, non seulement au début parce qu'elle l'ignorait peut-être, mais encore plus tard, six semaines avant qu'elle accouchât, un jour que sa maîtresse lui déclarait qu'elle la croyait enceinte. Le 24 août 1855., entre trois et quatre heures de l'après-midi, elle accoucha seule, mais presque aussitôt sa maîtresse et les autres domestiques apprirent l'événement. On la trouva accroupie sur le sol, derrière les latrines, situées à trente mètres de la maison d'habitation ; elle avait les

(1) CHARPENTIER, *loc. cit.*, p. 484.

(2) ADELON, *Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég.*, 1855, 2^e série, t. IV, p. 453.

mains ensanglantées. Aux personnes qui accouraient près d'elle, elle déclara qu'appelée aux latrines par le besoin de la défécation, *elle était accouchée pendant qu'elle était assise sur le siège, et qu'alors son enfant était tombé dans la fosse*. Le nouveau-né fut retiré vivant ; sa mère, immédiatement couchée, ne fut délivrée que le soir à huit heures par le docteur D...

A côté de l'enfant gisant dans les latrines, étaient trois grosses pierres. Un enquête établit que ces pierres avaient été *récemment* jetées dans les latrines, depuis que l'enfant y était tombé ou y avait été précipité. Ces pierres avaient été prises *tout nouvellement* parmi plusieurs autres qui se trouvaient dans le voisinage des latrines ; de nombreuses gouttes de sang marquaient le parcours entre ces deux endroits. La prévenue reconnut d'ailleurs que c'était elle qui avait pris ces pierres et les avait jetées dans la fosse, parce qu'elle croyait son enfant mort.

Ces diverses circonstances firent soupçonner un crime. Sur la réquisition du juge de paix, puis du juge d'instruction, le docteur D..., rédigea deux rapports dans un sens conforme aux déclarations de la prévenue ; le docteur L..., commis par une nouvelle ordonnance, déclara impossible l'accouchement dans la position assise, et la chute de l'enfant. ADELON, désigné pour trancher le différend, se range à l'avis du premier expert. Après avoir établi d'une manière générale la possibilité de l'accouchement dans les circonstances sus-indiquées, il examine les circonstances particulières du fait :

« Or, dit-il, dans ces faits je n'en trouve aucun qui constitue un démenti formel au récit qu'a fait la prévenue, et j'en trouve au contraire plusieurs qui confirment ce récit.

« D'abord on peut dire certain, ou du moins extrêmement probable, que l'accouchement a eu lieu presque à

l'instant où les commensaux de la maison sont venus à son secours et au secours de son enfant.

« En second lieu, on peut regarder comme chose certaine encore que la prévenue a accouché dans les latrines, ou dans un lieu très rapproché des latrines. Ce n'est en effet que là qu'ont été trouvées les taches qui résultent toujours du sang qui s'écoule à la suite d'un accouchement récent. Tandis que l'on a trouvé de ces taches en abondance et assez considérables dans les latrines, sur le siège, le long des parois du conduit, on n'en a trouvé aucune dans aucune autre partie de la maison et de ses alentours.

« En troisième lieu, le fait de l'accouchement *sur le siège même des latrines* est corroboré par le sang qui tachait la table externe du siège, par celui qui existait à la table interne de ce même siège, table interne qui, à ce que dit le docteur D..., était en avant de la lunette, de 15 à 20 centimètres au moins. »

La femme peut enfin accoucher accroupie dans les latrines dites « à la turque ». Dans ces conditions, rien ne s'oppose à la sortie de l'enfant dont la chute, réserves faites évidemment sur les autres éléments de l'expertise, paraît admissible. Sans doute l'orientation de la vulve tend à le faire tomber en avant de la cuvette, mais il faut observer que l'enfant n'est pas une tige rigide, et qu'à moins d'être chassé brusquement, d'un seul bloc, chacun de ses segments, après s'être dégagé, tend à obéir aux lois de la pesanteur.

Nous ne croyons pas qu'en médecine légale les auteurs aient signalé l'accouchement dans les latrines

« à la turque » ; aucune des nombreuses expertises que nous avons parcourues ne s'y rapporte. M. le Directeur de l'Ecole de médecine de Rennes ayant été appelé à se prononcer, sur un fait de ce genre nous en a obligeamment communiqué l'observation. Nous sommes heureux de la reproduire *in extenso* : outre cette circonstance particulière elle soulève la plupart des problèmes que nous avons exposés et permet de faire le résumé, la synthèse de cette partie médico-légale.

OBSERVATION LXXII. (*Inédite*). — C... Amélie, domestique de café, âgée de 19 ans, se savait enceinte, mais, d'après ses dires, ne se croyait pas à terme. Couchant au second étage, dans la même pièce que sa patronne, elle ressentit, dans la nuit du 13 au 14 septembre 190., des douleurs dont elle ne reconnut pas, dit-elle, la nature, et se présenta une première fois à la garde-robe vers quatre heures du matin. Sa patronne, levée à six heures et la voyant souffrante, la laissa au lit. A peine une heure après, la fille C... se rencontre avec une voisine à la porte des cabinets du second étage; elle n'était vêtue que d'une chemise et d'un jupon et ne portait aucun paquet. Elle entre la première dans les cabinets et en ressort fort peu de temps après. La voisine y pénètre à son tour, aperçoit du sang dans la cuvette et entend des vagissements dans le tuyau de chute. Elle court prévenir la police et chercher des ouvriers. Ceux-ci arrivent aussitôt, constatent que l'enfant est arrêté entre le premier étage et le rez-de-chaussée et démontent la conduite à ce niveau. Cette opération eut pour effet de déterminer la descente de l'enfant qui fut trouvé au niveau de

l'abouchement du tuyau dans l'égout, sur le cône ou *chapeau* de matières fécales.

La fille C... s'était recouchée et la délivrance s'accomplit spontanément, dans son lit. Conduite à la maternité, elle eut des suites de couches des plus normales et sortit en parfait état le 26 septembre. Son enfant succombait trente-six heures après l'accouchement. Prévenue d'infanticide, la mère prétendit avoir été victime d'un accident et bénéficia d'un non-lieu. Voici les rapports médico-légaux fournis en cette circonstance par M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE :

1^{er} RAPPORT.

Je soussigné, E. PERRIN DE LA TOUCHE, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de Rennes ainsi conçue :

« Nous soussigné, juge d'instruction de l'arrondissement de Rennes, vu la procédure suivie contre C..., inculpée de tentatives d'infanticide ;

« Requérons M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE, à l'effet de

« 1^o Visiter et examiner la fille C..., nous dire si elle porte les traces d'un accouchement récent et dans quelles conditions de temps l'accouchement a pu se produire ;

« 2^o Examiner son enfant nouveau-né, dire s'il est parvenu au terme de la gestation ;

« 3^o Examiner le placenta et le cordon. »

Ai, serment préalablement prêté, procédé à ces examens le 14 septembre 1900.

1^o L'examen de la fille C... montre que ses parties sexuelles sont le siège d'un écoulement de sang pur. L'ouverture de la vulve est dilatée, et l'on remarque une rupture de la fourchette et deux déchirures latérales ; celle du côté droit, mesurant trois centimètres de longueur et un

centimètre et demi de largeur, intéresse la région hyménale et la base de la petite lèvre, celle du côté gauche, d'un centimètre de long et de trois millimètres de large, n'occupe que la région hyménale. Ces plaies sont toutes fraîches et saignent encore.

Par le toucher, on constate une déchirure complète du col à droite et incomplète à gauche. Il n'existe pas de rétrécissement du bassin.

Le palper abdominal décèle le fond de l'utérus au niveau de l'ombilic.

La moitié inférieure seulement de la région sous-ombilicale de l'abdomen porte des vergetures. Par expression, on fait sortir des seins quelques gouttes de colostrum.

2° L'enfant de la fille C... est du sexe féminin et peu volumineux. Il mesure 45 centimètres de longueur et pèse 2.170 grammes.

La tête présente les diamètres suivants :

OF	100 millimètres	OM	125 millimètres
SOB	82 —	BIP	82 —

La largeur au niveau des épaules, ou diamètre bi-acromial, est de 102 millimètres.

On ne constate pas l'existence de bosses séro-sanguines d'accouchement.

Les cheveux sont abondants et mesurent en moyenne un centimètre de longueur. Les ongles des mains atteignent l'extrémité des doigts, mais ne les dépassent pas.

Le pied droit est atteint d'un léger degré de pied-bot talus.

Le cordon ombilical est déchiré à 15 centimètres de l'abdomen.

Cet enfant porte des traces de violences consistant en :

a) Une ecchymose diffuse occupant la moitié supérieure du front, s'accompagnant de trois petites érosions épider-

miques ; l'une, de quatre millimètres de diamètre, siège sur la bosse frontale gauche, les deux autres de moitié plus petites, sont situées un peu à droite de la ligne médiane.

b) Sur la moitié inférieure de la région lombaire existent six érosions épidermiques linéaires à direction un peu oblique et se touchant presque. Elles sont longues d'un à deux centimètres.

c) Sur le côté externe du coude droit siège une autre érosion épidermique de quatre millimètres de longueur et d'un millimètre de largeur.

d) Enfin une autre lésion de même nature, d'environ deux millimètres de diamètre, occupe le centre d'une petite ecchymose sur le côté externe du genou droit.

Cet enfant respire assez faiblement et vomit de temps en temps un liquide jaune brunâtre d'aspect et d'odeur fécales.

3° Le placenta est petit. Il pèse avec les membranes et le cordon 360 grammes. Le cordon mesure dans son ensemble 56 centimètres. Il est normal, résistant et ne se brise que sous une forte traction exercée avec les mains.

Conclusions. — 1° La fille G... porte les traces d'un accouchement datant de quelques heures seulement.

2° Son enfant est peu volumineux et moins développé que ne l'est habituellement un enfant à terme. Le placenta est aussi peu développé. Le cordon est normal.

3° En rapprochant les constatations relevées ci-dessus, d'une part la petitesse de l'enfant et l'absence de bosse sanguine, d'autre part la conformation normale des organes génitaux de la mère et les déchirures importantes qu'ils présentent, il y a lieu de penser que l'accouchement a dû s'effectuer rapidement.

4° Les lésions que porte l'enfant paraissent provenir de sa chute et de son frottement sur les parois des tuyaux de la fosse d'aisances, où il a été trouvé.

2^e RAPPORT

Je soussigné, E. PERRIN DE LA TOUCHE, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de Rennes ainsi conçue :

« Vu la procédure suivie contre C..., inculpée de tentatives d'infanticide ;

« Attendu que l'enfant dont est accouchée l'inculpée est décédée hier soir à l'Hôtel-Dieu et qu'il y a lieu de rechercher les causes de la mort ;

« Commettons M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE pour visiter le cadavre de l'enfant de la dite C..., dire s'il porte des traces de violences, procéder à son autopsie, rechercher les causes de la mort et dresser ensuite rapport de ses opérations et constatations. »

Ai, serment préalablement prêté, procédé le 16 septembre 190., à l'autopsie du cadavre de la fille C...

Le cadavre est celui de l'enfant nouveau-né du sexe féminin peu développé que j'avais examiné le 14 septembre et sur lequel j'avais relevé plusieurs traces extérieures de violences, consignées dans mon rapport en date du 15 septembre 190., ce qui me dispensera de reproduire ici tout ce qui concerne l'examen extérieur.

La putréfaction est déjà commencée et se traduit par une teinte verte de tout l'abdomen.

Il n'existe pas de traces de violences dans les parties profondes du cou.

La larynx, la trachée et les grosses bronches contiennent du mucus adhérent, teinté en jaune brun comme les matières que l'enfant rejetait lors de mon examen du 14 septembre.

Les poumons, très volumineux, sont durs au toucher et crépitent à peine ; ils sont gorgés de sang et présentent les

lésions d'une broncho-pneumonie massive s'accompagnant de foyers d'apoplexie pulmonaire.

Il n'existe pas d'ecchymoses sous-pleurales, ni sous-péricardiques.

Les cavités du cœur renferment un peu de sang liquide.

L'intestin est vide de méconium ; les autres viscères abdominaux : estomac, foie, rein, etc., ne présentent rien de particulier à signaler.

Au-dessous de la peau ecchymosée de la partie supérieure du front, il existe un mince épanchement sanguin, en partie coagulé, commençant à gauche au niveau de la bosse frontale et s'étendant à droite jusqu'à la partie antérieure de la région temporale. La partie droite de cet épanchement correspond à une fracture de l'os frontal ; le trait de fracture, long de quatre centimètres, est irrégulier, il part du bord pariétal de l'os, près de son extrémité inférieure, et se dirige obliquement en haut et en dedans.

Sous le cuir chevelu, sur la partie latérale droite du crâne, un peu au-dessus et en arrière de l'oreille, on trouve un autre épanchement sanguin de trois centimètres de diamètre, correspondant également à une fracture. Le trait de fracture, irrégulier, long de trois centimètres, part du bord postérieur du pariétal et se dirige en haut et en avant.

Ces deux fractures sont simples et ne s'accompagnent d'aucun déplacement. Les épanchements sanguins auxquels elles ont donné lieu sont peu abondants.

Les os du crâne de cet enfant, mais tout particulièrement les deux os fracturés, frontal et pariétal droits, sont remarquables par leur minceur et leur fragilité, tenant à un retard notable dans l'ossification de ce côté, où, dans certaines zones, l'os n'est formé que d'une très mince lamelle papyracée.

Il existe un faible épanchement sanguin intra-arachnoïdien qui s'est collecté sur la tente du cervelet. Les méninges sont fortement congestionnées. Le cerveau ne présente pas de lésions appréciables.

Il existe dans le cartilage de l'extrémité inférieure de chaque fémur un point osseux de deux millimètres de diamètre. Il n'en existe pas dans les épiphyses supérieures des tibias.

Le maxillaire inférieur contient de chaque côté quatre alvéoles dentaires cloisonnées, mais d'une façon incomplète.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un nouveau-né du sexe féminin, parvenu sinon à terme, du moins dans le neuvième mois de la gestation, mais peu développé.

2° Outre les petites lésions superficielles signalées dans un précédent rapport, cet enfant avait deux fractures simples des os du crâne sans déplacement, qui, vu la fragilité toute spéciale de ces os tenant à un vice d'ossification, ont pu se produire sous l'influence d'un choc de faible intensité.

3° L'enfant a succombé à une broncho-pneumonie massive à évolution rapide, ayant peut-être quelque relation avec les lésions crâniennes, mais plus vraisemblablement causée par des germes infectieux introduits dans les voies respiratoires pendant son séjour dans les tuyaux de la fosse d'aisances.

3^e RAPPORT

Je, soussigné, E. PERRIN DE LA TOUCHE, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de Rennes ainsi conçue :

« Vu la procédure suivie contre C..., inculpée de tentatives d'infanticide ;

« Commettons M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE, à l'effet de :

1° Se transporter avec nous, rue....., examiner la disposition des latrines et nous faire connaître si la fille C... a pu y accoucher dans les conditions indiquées par elle dans son interrogatoire.

2° Examiner la chemise et les linges souillés au moment de l'accouchement. »

Ai, serment préalablement prêté, examiné lesdites latrines, pris connaissance de l'interrogatoire de la fille C... et recherché la nature des taches de la chemise.

Il résulte de ces divers examens et recherches, et d'expériences auxquelles je me suis livré, que les faits ont pu se passer comme l'a déclaré la fille C... dans son interrogatoire.

La fille C... a pu, comme cela est fréquent, croire à un besoin de défécation, alors qu'elle était prise des douleurs expulsives de l'accouchement.

L'expulsion a pu, vu le volume relativement faible de l'enfant, l'absence de bosse sanguine et les déchirures assez considérables des organes génitaux de la mère, être très rapide.

Le cordon, bien que trouvé résistant quand il a été examiné, a pu se rompre spontanément au moment de l'accouchement sous l'influence de la chute et du poids de l'enfant, car on sait actuellement qu'on ne peut, de la résistance du cordon dans les conditions où il a été examiné, conclure à ce qu'était cette résistance quand le cordon était vivant et rempli de sang.

La situation des organes génitaux de la femme accroupie, les pieds posés sur les patins des latrines, pouvait être telle que l'enfant a pu tomber directement dans la cuvette.

Enfin les diamètres de la tête (10 centimètres d'avant en arrière et 82 millimètres transversalement) étaient tels que

l'enfant a pu franchir facilement l'orifice inférieur rétréci de la cuvette mesurant 14 centimètres de diamètre.

D'autre part, l'examen de la chemise sale dont la fille C... s'était garnie n'a pas révélé que son tissu ait été en contact avec l'enfant nouveau-né. Elle porte de larges taches de sang, des taches de liquide amniotique reconnaissables à leur couleur un peu verdâtre, et d'enduit sébacé foetal formé de cellules épidermiques d'aspect spécial.

Les larges taches de sang peuvent être postérieures à l'accouchement.

Les taches de liquide amniotique peuvent avoir été produites antérieurement à l'accouchement, lors de la rupture de la poche des eaux, si celle-ci a eu lieu avant le moment de l'expulsion, ou même postérieurement à l'accouchement, une certaine quantité de liquide pouvant quelquefois rester emprisonnée dans des replis des membranes et ne sortir qu'après l'expulsion, au moment de la délivrance.

L'enduit sébacé foetal a pu ne pas être déposé sur le tissu par le contact direct de l'enfant avec la chemise, car d'une part il existe toujours des grumeaux de cet enduit libres dans le liquide amniotique, et, d'autre part, il a pu être déposé sur la chemise par essuiement des organes génitaux de la femme qui se couvrent toujours plus ou moins de cet enduit foetal au moment de l'expulsion de l'enfant.

CONCLUSIONS

I. — AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

1. L'accouchement spontané rapide désigne, pour certains auteurs, tant l'accouchement dont toutes les phases évoluent avec rapidité, que celui où le travail plus ou moins prolongé se termine par l'expulsion soudaine et imprévue du fœtus. Le premier a une étiologie spéciale, mais il y a lieu de rapprocher les deux ordres de faits au point de vue des circonstances où ils se passent, des accidents et complications qu'ils déterminent.

2. Les accouchements spontanés rapides ne sont pas rares. Ils ont des causes prédisposantes qui sont d'ordre maternel, fœtal, annexiel, ou tiennent à des circonstances extérieures; leurs causes immédiates sont toutes d'ordre maternel.

a) Parmi les causes prédisposantes, les mieux établies sont : l'hérédité, certains états pathologiques de la femme, la laxité de ses tissus, la disproportion entre son bassin et le volume du fœtus, l'influence de la marche.

b) Les causes essentielles sont : l'excès des contractions utérines, l'absence ou la fausse interprétation des douleurs, la privation de conscience ou de sensibilité de la parturiente.

3. L'accouchement rapide peut se faire en tout lieu ; la femme peut accoucher debout, assise ou accroupie, et l'enfant peut être précipité sur le sol, dans un seau de toilette, dans les latrines, etc.

4. Des accidents et des complications peuvent s'observer dans les accouchements rapides, mais ils ne sont pas aussi fréquents qu'on pourrait le supposer.

a) Du côté de la mère, on a noté des déchirures des organes génitaux, des hémorragies graves, des syncopes. L'inversion utérine est exceptionnelle. Les complications infectieuses ne sont pas plus à redouter que chez toute autre femme.

b) Du côté des annexes, on observe l'expulsion simultanée du placenta, des membranes et du fœtus, ou la rupture du cordon. Les conditions de résistance du cordon sont d'ailleurs extrêmement variables, ainsi que le démontrent les faits cliniques et de nombreuses expériences.

c) L'enfant peut périr d'hémorragie ombilicale, et du fait de l'absence des soins qui lui sont nécessaires, lorsque la mère se trouve dans l'impossibilité de les lui donner. Il peut succomber à la suite de sa chute sur le sol ou dans les fosses d'aisances.

5. Un accouchement rapide antérieur, en raison de sa reproduction souvent observée, nécessite les plus grandes précautions de la part de la femme dans les derniers temps d'une nouvelle grossesse. Cette éventualité est à elle seule une raison d'assistance précoce de la femme enceinte.

II. — AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

1. L'accouchement clandestin est généralement rapide, et c'est même là une des conditions nécessaires pour qu'il puisse passer inaperçu, mais les accidents résultant parfois de la rapidité de l'accouchement peuvent être le point de départ d'une accusation d'infanticide.

2. Vu l'imprudence, et même le danger, d'admettre en médecine légale des théories générales, applicables à tous les cas, le médecin-expert devra se livrer à une étude approfondie de chaque cas particulier et examiner en détails les circonstances qui peuvent confirmer ou infirmer le récit d'une prévenue au sujet de la rapidité ou de l'inconscience de son accouchement.

a) Relativement à la mère, l'ignorance de la grossesse, l'inconscience de l'expulsion, l'impossibilité pour l'accouchée de secourir son enfant ne seront pas admises sans une sévère discussion.

b) Relativement aux annexes, l'expert aura le plus

grand intérêt à établir si l'expulsion foétale et la délivrance ont été simultanées, ou bien si le cordon a été rompu ou coupé.

c) Relativement au nouveau-né, les seuls résultats de son examen et de son autopsie ne permettent pas toujours de différencier l'infanticide de la mort accidentelle consécutive à un accouchement rapide.

Dans chaque cas pouvant prêter à cette discussion, hémorragie ombilicale, suffocation, submersion, fracture du crâne, chute dans les latrines, il faudra tenir compte non seulement de tous les caractères et de toutes les lésions présentés par l'enfant, mais aussi des dispositions du lieu où s'est effectué l'accouchement. Il sera nécessaire enfin de rapprocher du résultat de ces diverses investigations, en les soumettant à une critique serrée, les affirmations de la mère, tant au sujet de sa position au moment de la naissance de l'enfant que des circonstances qui l'ont accompagnée.

Vu : *Le Doyen,*

DEBOVE.

Vu : *Le Président de Thèse,*

PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOT. — *Boston med. and sur. Journal*, t. XCVI.
- ADELON. — Rapport médico-légal sur une accusation d'infanticide. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1855, 2^e série, t. IV, p. 453.
- ALBERT. — Recherches et observations sur la mort des nouveau-nés par hémorragie des vaisseaux ombilicaux et du placenta. Extrait et traduit par MARC des *Annales de Henke. Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1831, 1^{re} série, t. VI, p. 128.
- AUVARD. — Travaux d'obstétrique, tome I, 1889.
- AUVARD. — Traité pratique des accouchements, 2^e édition, 1891.
- BALEY. — *Médecine moderne*, 1898, t. IX, p. 508.
- BAR et KEIM. — *Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, 1898, p. 1124.
- BAYARD. — Considérations médico-légales sur plusieurs cas d'infanticide et sur la fréquence de ce crime. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1840, 1^{re} série, t. XXIV, p. 331.
- BAYER. — Ueber präcipirte Geburten und ihre Folgen für die Wochenrinnen. *Samml. klin. Vort.*, 1900, p. 143, et *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1901, t. LVI, p. 68.
- BERTHIER. — *Annales de la Soc. médicale de Lyon*, 1859, p. 66.

- BIDON. — *Marseille médical*, 1903, p. 737, et *Presse médicale*, 1904, t. I, p. 200.
- BOGDAN. — *Revue de méd. légale*, 1903, p. 401.
- BONNEMAISON. — Des accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications. Thèse de Paris, 1897-98, n° 215.
- BONTEMPS. — Observation sur un cas de rupture spontanée du cordon ombilical. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1888, 3^e série, t. XIX, p. 54.
- BRIAND et CHAUDÉ. — Manuel complet de médecine légale. 10^e édition, 1880.
- BROCHIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 118.
- BROUARDEL. — Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris. L'Infanticide, 1897.
- BROUARDEL. — Le Mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement, 1900.
- BROUARDEL. — *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 109.
- BRUNON. — *Archives de tocol.*, 1890, p. 786.
- BRUNTON. — *Medical Times and Gazette*, 1871, t. I, p. 412.
- BUDIN. — Rupture du cordon pendant l'accouchement due à l'expulsion brusque du fœtus. *Ann. d'hygiène publ. et de méd. lég.*, 1887, 3^e série, t. XVII, p. 534.
- BUHL. — *Méd. Times and Gazette*. 1861, p. 117.
- BUREAU. — Hémorragies traumatiques du foie chez le nouveau-né pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1898-99, n° 147.
- BURNS. — Traité des accouchements. Trad. GALLIOT, 1866.
- CANOLLE. — *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, 1798, t. IV, p. 40.
- CAPURON. — La médecine légale relative à l'art des accouchements, 1821.
- CASE. — *American J. M. S. Philadelphie*, 1868, p. 279.
- CASPER. — Traité pratique de médecine légale, 1862.

- CAUSSÉ. — De l'asphyxie par suffocation et des rapports de ce genre de mort avec l'hémorragie du cordon ombilical. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1869, 2^e série, t. XXXII, p. 122.
- CAZEAUX. — Traité théor. et prat. de l'art des accouchements. 10^e édit., 1883, revue et annotée par TARNIER.
- CHANTREUIL. — Thèse d'agrégation. Paris, 1875.
- CHARPENTIER. — Traité pratique d'accouchements, 2^e édition, 1890.
- CHARPENTIER. — Sur un cas d'infanticide, l'enfant ayant été trouvé dans une fosse d'aisances. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1876, 2^e série, t. XLVI, p. 478.
- CHARTIER. — Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés. Thèse de Lyon, 1891, 1^{re} série, n^o 582.
- CLAY. — *Lancet*, 1841, p. 406.
- COLIEZ. — Quelques considérations médico-légales sur les accouchements inconscients et sans douleur. Thèse de Paris, 1898-99, n^o 420.
- CORIN. — *Ann. de la Soc. médico-chirurg. de Liège*, 1893, t. XXXII, p. 290, et *Journal de méd. et de chir. prat.* 1893, t. XLIV, p. 717.
- COUTAGNE. — Précis de médecine légale, 1896.
- DANYAU. — *Journal de chirurgie*, 1843, t. I.
- DARÈNE. — Sur un cas de rupture spontanée du cordon ombilical. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1888, 3^e série, t. XIX, p. 165.
- DE DEVENTER. — Observations importantes sur le manuel des accouchements, trad. d'ABLAINCOURT, 1734.
- DEPAUL. — Dictionn. encyclop. des sciences médicales. 1865, art. Accouchement, Bassin.
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. 1872.
- DEPAUL. — *Journal des sages-femmes*, 1882, p. 9.
- DESORMEAUX et DUBOIS. — Dictionnaire de médecine ou

Répertoire général des sciences médicales. 2^e édit., 1832, art. Accouchement.

DEVERGIE. — Dictionnaire de méd. et de chirurgie prat. 1829, art. Infanticide.

DEVERGIE. — Consultation médico-légale en matière d'infanticide. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1832, 1^{re} série, t. VIII, p. 351.

DEVERGIE. — Médecine légale. Paris, 1840.

DUBOIS. — *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 105.

DUGÈS. — Dict. de médecine et de chir. prat. 1829, art. Accouchement.

DUPOUY. — De la rupture complète du cordon ombilical pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1885-86, n° 64.

DUPUY. — *Gazette obstétricale*, 1877, t. VI, p. 289.

EISENHART. — *Archiv für Gynæk.*, 1899, Bd. XXXV.

ENGELMANN. — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs. Trad. RODET, 1886.

GIBERT. — De l'inversion utérine puerpérale. Thèse de Paris, 1879, n° 567.

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeut. de l'hystérie, t. I, p. 197.

GUILLEMOT. — Thèse de Paris, 1834, n° 120.

HELLHAKE. — Præcipit. Gerburten. Thèse de Wurzbourg, 1898.

HOFMANN. — Nouveaux éléments de médecine légale. Trad. LÉVY, 1881.

HOFMANN. — Atlas-manuel de médecine légale. 2^e édit. française par VIBERT, 1901.

HUNTER. — Lettre sur l'infanticide. Trad. WORBE, in *Bull. des sciences méd.*, t. V, p. 321.

JAMBON. — *Bull. de la Soc. scientif. et méd. de l'Ouest*. 1903, t. XII, p. 540.

JAYET. — Des fractures du crâne chez le nouveau-né.
Thèse de Paris, 1858.

JEANCOUR. — Considérations sur les accouchements naturels et sans douleurs. Thèse de Paris, 1858.

KIPROFF. — Contribution à l'étude des accouchements par surprise. Thèse de Paris, 1903-04.

KOCH. — *Arch. für Gynæk.* 1886, t. XXXIX.

LACASSAGNE. — Précis de médecine judiciaire. 2^e édit., 1886.

LAMARE. — De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. Thèse de Paris, 1887-88, n^o 259.

LA MOTTE (DE). — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. 1721.

LARKIN. — *Med. Record.* New-York, 1893, t. XLIV, p. 815.

LAUGIER (Maurice). — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1891, 3^e série, t. XXV, p. 380.]

LE BLOND. — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1892, 3^e série, t. XXVIII, p. 532.

LECIEUX. — Considérations sur l'infanticide. Thèse de Paris, 1819.

LEGRAND DU SAULLE, BERRYER et POUCHET. Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. 2^e édit., 1886.

LERAY. — Etude sur la brièveté du cordon ombilical. Thèse de Paris, 1892-93, n^o 437.

LEVRET. — L'art des accouchements démontré par de principes de physique et de mécanique. 3^e édit., 1766.

LINNECAR. — *Lancet*, 1844-42, p. 249.

LONG. — *Med. Times and Gazette*, 1857, p. 592.

LORAIN. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie prat., art. Accouchement (Médecine légale).

MAAS. — *Nord. Arch. f. Natur. u. Arzeneiwis.* Bd. I, 2 St.

- MAHON. — Médecine légale et police médicale. An X (1801).
- MARC. — Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales. 2^e édit., 1832, art. Infanticide.
- MARCÉ. — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. 1858.
- MAYGRIER. — *Progrès médical*, 1888, 2^e série, t. VII, p. 411.
- MILLOT. — Réfutation de l'opinion nouvelle publiée dans un « Mémoire sur les douleurs de l'enfantement... ». An VIII.
- MIRBECK (DE). — Des fractures et des enfoncements du crâne du fœtus pendant l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1863, n^o 684.
- MORY. — *Alger médical*, 1887, p. 343.
- NÉGELE et GRENSER. — Traité des accouchements, 1880.
- NÉGRIER. — Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon ombilical au terme de la gestation. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1841, 1^{re} série, t. XXV, p. 126.
- OLIVAUD. — De l'infanticide et des moyens que l'on emploie pour le constater. Thèse de Paris, an X (1802).
- OLLIVIER D'ANGERS. — Mémoire sur les causes des différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la maternelle dans les enquêtes judiciaires. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1844, 1^{re} série, t. XXXII, p. 121.
- ORFILA. — Leçons de médecine légale. 1823.
- PALFREY. — *Lancet*, 1864, p. 36.
- PANIS. — Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience ? Thèse de Paris, 1861.
- PASCAL. — De la rupture du cordon ombilical et des fractures du crâne chez le nouveau-né, au point de vue médico-judiciaire. Thèse de Montpellier, 1896, n^o 40.

- PATAY. — *Bull. de la Soc. scientif. et méd. de l'Ouest*, 1899, t. VIII, p. 52.
- PERCHERON. — Contribution à l'étude clinique et médico-légale des contusions et ruptures du foie. Thèse de Lyon, 1887-88, n° 428.
- PERRET. — Observation de rupture spontanée du cordon ombilical dans un accouchement normal. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1888, 3^e série, t. XIX, p. 55.
- PERRIN DE LA TOUCHE. — Cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement (auto-épisiotomie). *Bull. de la Soc. de méd. lég. de France*, 1899, t. XVI, p. 43.
- PFANNKUCH. — *Archiv. für Gynäk.*, 1875, Bd. VII, p. 29.
- PINARD. — *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1899, t. LII, p. 47.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. 1891, t. I, p. 84.
- PLACZEK. — *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Méd.*, 1903, p. 43.
- PUZOS. — Traité des accouchements. 1759.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Des hémorragies chez le nouveau-né. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. 5^e édition, 1900.
- RICHARDIÈRE. — Etude médico-légale sur les hémorragies méningées chez le nouveau-né. *Médecine moderne*, 1890, p. 813.
- RUTTEL. — *Henke's Zeitschrift der S. A.*, 1844, p. 264.
- SAINT-CYR. — Du cordon ombilical au point de vue médico-judiciaire. Thèse de Lyon, 1891-92, série I, n° 626.
- SALLÉ. — Contribution à l'étude des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement. Thèse de Paris, 1892-93, n° 370.
- SAMELSON. — *Brit. méd. J.*, 1865, p. 550.
- SANGREE. — *Med. Record*. New-York, 1892, p. 461.

- SARRAT. — Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne. Thèse de Bordeaux, 1894-92, n° 8.
- SCHULTZE. — *Medicinische Zeitung*, 1844, n° 31.
- SÉDILLOT. — Manuel complet de médecine légale. 2^e édition, 1836.
- SEMMELWEIS. — Etiologie des puerperalfiebers bei den sturzgeburten. 1861.
- SHORT. — *Obstetric Transactions*, 1863, IV, p. 210.
- STADFELDT. — *Revue de méd. lég. et de jurisprudence médicale*, 1900, p. 380.
- STAËS. — Etude sur la rupture spontanée du cordon ombilical. Thèse de Lille, 1887-88, 3^e série, n° 51.
- STOLTZ. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie prat., art. Accouchement, Grossesse.
- STRASSMANN. — *Deutsche Méd. Wochenschrift*, 1890, p. 968.
- TANNER. — *Obstetrical Transactions*, 1863, IV, p. 113.
- TARDIEU. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie prat., art. Infanticide.
- Etude médico-légale sur l'infanticide. 1868.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. 1882-1901.
- TATHAM. — *London Méd. Report*, 1824, p. 287.
- TAYLOR. — Traité de médecine légale. Trad. COUTAGNE, 1881.
- TISSIER. — *Annales d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1899, 3^e série, t. XLI, p. 77, et *Revue de méd. lég. et de juris. méd.*, 1899, p. 14.
- TOULMOUCHE. — Etude sur l'infanticide et la grossesse cachée ou simulée. *Annales d'hyg. publ. et de méd. légale*. 1862.
- TOURDES. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Accouchement (Méd. lég.), Grossesse (Méd. lég.), Infanticide.

- TOURDES et METZQUER. — Traité de médecine légale, 1896.
- TOUSSAINT. — Tentative d'infanticide. Enfant retiré vivant d'une conduite de fosses d'aisances. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2^e série, t. XXXVII, p. 438.
- VARNIER. — La pratique des accouchements. Obstétrique journalière. 1900, p. 174.
- VELPEAU. — Traité complet de l'art des accouchements. 2^e édition.
- VIBERT. — Précis de médecine légale. 6^e édition, 1903.
- VULLIEN. — *Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1902, 3^e série, tome XLVIII, p. 465.
- WEILL. — *Gazette méd. de Strasbourg.*, 1881, p. 103.
- WESCOTT. — *Lancet.* 1897, p. 607.
- WESTPHALL. — *Vierteljahrs. f. gerichtl. u. off. Med.*, 1860.
- WILDBERG. — *And. b. gerichtl. Arzneiwissenschaft.*, § 120.
- WINCKEL. — Ueber die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Etiologie des puerperalfiebers. München, 1884.
- WITKOWSKY. — Histoire des accouchements chez tous les peuples.
- Les accouchements à la cour.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	I
PREMIÈRE PARTIE. — Etude obstétricale.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Causes prédisposantes.....	7
§ I. — Causes maternelles.....	8
§ II. — Causes fœtales.....	18
§ III. — Causes annexielles.....	23
§ IV. — Circonstances extérieures.....	25
CHAPITRE II. — Causes essentielles.....	26
§ I. — Excès des contractions utérines.....	26
§ II. — Absence de douleurs.....	28
§ III. — Mauvaise interprétation des douleurs.....	35
§ IV. — Défaut de conscience et de sensibilité.....	45
CHAPITRE III. — Circonstances de l'accouchement...	57
CHAPITRE IV. — Accidents et complications.....	74
§ I. — Accidents maternels.....	75
§ II. — Accidents annexiels.....	85
§ III. — Accidents du nouveau-né.....	92
DEUXIÈME PARTIE. — Considérations médico-lé- gales.....	104
CHAPITRE PREMIER. — L'accouchement clandestin...	104
CHAPITRE II. — Interrogatoire et examen de la mère.	110
§ I. — La femme a-t-elle ignoré sa grossesse ?.....	110

§ II. — La femme est-elle accouchée inconsciemment ?	114
§ III. — L'accouchement a-t-il été rapide ?	117
§ IV. — La mère a-t-elle été hors d'état de donner à son enfant les soins nécessaires.	119
CHAPITRE III. — Examen des annexes.	129
CHAPITRE IV. — Examen et autopsie du nouveau-né.	
Causes et circonstances de sa mort.	137
§ I. — Hémorragie ombilicale.	139
§ II. — Suffocation.	142
§ III. — Submersion.	146
§ IV. — Fractures du crâne.	149
§ V. — Chute ou précipitation criminelle de l'enfant dans les fosses d'aisances.	159
CONCLUSIONS.	181
I. — Au point de vue obstétrical.	181
II. — Au point de vue médico-légal.	183
BIBLIOGRAPHIE.	185